



فصلنامه مددکاری اجتماعی

فصل نامه مددکاری اجتماعی

سال سوم - شماره چهارم

تابستان ۹۹

اعتیاد

(به مناسبت ششم تیر ماه
روز جهانی مبارزه با مواد مخدر)



سه ماه نامه مردکاري اجتماعي

شماره چهارم - مرداد ۹۹

صاحب امتياز:

انجمن علمي-دانشبويي مردکاري اجتماعي دانشگاه فوارزمي

سر دبیر: شورای سردبیری

مدیر مسئول: عاطفه موسوی

ویراستار: محسن شریفی

طراح گرافیک: فاطمه نعمت الهی

هیئت تحریریه:

زهرا پور همدانی، سمانه حاصلی، لعیلا حسینی، زهرا خداویسی، سیده
کیمیا سید، فرنوش فقیهی، آناهیتا کهن

سپاس ویژه از: جناب آقای دکتر سید محسن موسوی چلک
(رئیس انجمن مردکاران اجتماعي ایران)

فهرست مطالب:

| | |
|--|---------|
| شناسه | صفحه ۲ |
| تقویم تابستان مدرک‌کاری اجتماعی | صفحه ۴ |
| سفن آغازین | صفحه ۵ |
| اعتیاد چیست؟ | صفحه ۶ |
| معتاد؛ مبرم یا بیمار؟! | صفحه ۸ |
| تاریخچه مراکز ترک اعتیاد در جهان | صفحه ۹ |
| علت گرایش جوانان به اعتیاد | صفحه ۱۴ |
| دور دست دوم | صفحه ۱۶ |
| اعتیاد و زنان؛ بیمار یا فاحشه؟! | صفحه ۱۸ |
| وضعیت کودکان در خانواده های درگیر اعتیاد | صفحه ۲۱ |
| معتادان هم کرونا می گیرند! | صفحه ۲۴ |
| تاثیر مواد مخدر بر روابط جنسی | صفحه ۲۶ |
| زندگی معتادان چگونه میگذرد؟ | صفحه ۳۰ |
| قتل های ناموسی و پرفه بی انتهای سنت های غلط! | صفحه ۳۳ |
| سفن پایانی | صفحه ۳۷ |
| راه های ارتباطی با ما | صفحه ۳۸ |

تقویم تابستان مردکاری اجتماعی

۶ تیر

26 June

روز جهانی مبارزه با
مواد مخدر



۲۳ تیر

13 July

روز گفت و گو و
تعامل سازنده با جهان



۲۵ تیر

15 July

روز بهزیستی و تامین
اجتماعی



۱ مرداد

22 July

روز ازدواج



۹ مرداد

30 July

روز اهدای خون



۱۴ مرداد

4 August

روز حقوق بشر اسلامی
و کرامت انسانی



۲۲ مرداد

12 August

روز تشکل ها و
مشارکت های اجتماعی



۱۰ شهریور

31 August

روز تجلیل از اسرا و
مفقودان



۱۳ شهریور

3 September

روز تعاون



۲۰ شهریور

10 September

روز جهانی پیشگیری
از خودکشی



۳۱ شهریور

21 September

روز جهانی صلح



بسم الله

سفن آغازین

مدیرمسئول این شماره: عاطفه موسوی

فرصتی دوباره دست داد تا به بهانه ی انتشار مجدد نشریه با خوانندگان به گفتگو پردازیم. در این فصل نشریه همپیمان طبق تقویم پیش رفته و به صورت تفصیلی به موضوع اعتبار در شافه هایی چون تاثیرات آن بر جنبه های مختلف زندگی افراد و آنچه که لازم است از اعتبار بدانیم، پرداخته است که جزئیات آن را در فهرست ملاحظه فرمایید کرد. تا جایی که منابع و زمان و اطلاعات ما اجازه می داد سعی داشتیم که بهترین و مفصلترین را در اختیار شما بگذاریم. بی شک این نشریه ابتدا با حمایت های شما خوانندگان گرامی و سپس با مشارکت دوستان و مسئولین دانشگاه تداوم خواهد یافت. از ابتدای سفن بر آن بودم تا توصیفی از وضعیت کنونی داشته باشم اما بهتر دانستم که فضا را با شعر و یا سنی برای شما تلطیف کنم. سفنم را با این جمله به پایان می رسانم: بر اسب چموش زندگی سوار شوید؛ او شما را از جایی به جای دیگر خواهد برد. گاهی فیلی سفت خواهد گذشت، اما مطمئن باشید پشیمان نخواهید شد.

اعتیاد چیست؟



آناهیتا کون

کارشناسی مددکاری اجتماعی

اعتیاد یکی از اساسی‌ترین مشکلات همه‌ی جوامع و یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌رود. اعتیاد همواره سلامت روانی و اجتماعی مردم و آثار جامعه را تهدید می‌کند و افزایش گرایش به آن می‌تواند باعث کاهش سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد شود؛ این در حالی است که سن مصرف کنندگان مواد مخدر، به خصوص مواد مخدر جدید، رو به کاهش است. لازم به ذکر است که استعمال مواد مخدر صنعتی رو به افزایش است. از آنجایی که اعتیاد با مصرف مواد مخدر آغاز می‌شود، ابتدا بهتر است به تعریف و توضیح انواع آن پردازیم.

مواد مخدر، اعم از مواد روان‌گردان، ترکیبات شیمیایی و یا مواد سنتی هستند که افراد، جهت تغییر خلق یا رفتارشان، آنها را می‌بلعند، تزریق و یا دود می‌کنند که مصرف آنها، تغییراتی شیمیایی بر روی سیستم عصبی ایجاد می‌کند و باعث ایجاد حس لذت، تغییر هوشیاری و وابستگی می‌شود. انواع مختلفی از مواد مخدر وجود دارد و به همین دلیل در طول زمان مصرف، فرد مصرف‌کننده ممکن است برای به دست آوردن حس سرخوشی و لذت بیشتر، مقدار مصرف خود را افزایش دهد یا به مصرف ماده‌ی مخدر قوی‌تری روی بیاورد.

چهار گروه اصلی مواد مخدر عبارتند از: شبه افیون‌ها، توهم‌زها، محرک‌ها و فرآورده‌های شاهدانه‌ی ماده که هر کدام از این مواد اصلی، خود دارای زیرمجموعه‌هایی هستند. شبه افیون‌ها شامل فشنافش و تریاک می‌شوند که خود تریاک نیز شامل شیرهی تریاک، نوسکویین، کدئین و مورفین می‌شود. توهم‌زها شامل ال اس دی، پی سی پی، دی ام تی، اس تی پی، فن سیکلیدین، سیلوسین، مسکالین و ... می‌شوند. محرک‌ها شامل موادی مثل آمفتامین‌ها، فات، کراتم، ناس، کاپی، گاه، کرک و کوکائین می‌شوند. فرآورده‌های شاهدانه‌ی ماده نیز شامل بنگ، گانگا، پرس، تی اچ سی، ماری جوانا و هیش هستند. اعتیادآورترین مواد با توجه به پتانسیل اعتیادآوری آنها عبارتند از: هروئین، الکل، کوکائین، باربیتورات‌ها و نیکوتین.

اعتیاد در لغت، یعنی "عادت کردن به چیزی" و از دیدگاه روان‌شناختی، به معنای "سوء مصرف مواد گوناگون" است. **اعتیاد به طور کلی عبارت است از وابستگی به عوامل یا مواردی که تکرار مصرف آنها در زمان معین از دیدگاه افراد معتاد، ضروری است.**



پس می‌توان گفت اعتیاد، حالتی است که در آن، شغف به علت روانی یا مصرف مواد شیمیایی و طبیعی، دچار ضعف اراده در کنترل تکرار اعمال خود می‌شود. اعتیاد جایگزینی مزمن است؛ یعنی مواد مخدر بیرونی (په گیاهی و سنتی و په شیمیایی و صنعتی) و حتی الکل، جایگزین مواد مخدر یا مواد شبه افیونی طبیعی جسم انسان یا فرد معتاد شده است. وابستگی به مواد مخدر از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تفریح و نشاط‌گذا برای فرد می‌شود و از طرف دیگر، بعد از اتمام این اثرات، سبب بستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می‌شود؛ در این حالت فرد مجبور است به تدریج، مقدار ماده‌ی مصرفی را افزایش دهد.

انواع اعتیاد شامل اعتیاد جسمی و اعتیاد روانی است. **اعتیاد جسمی** یعنی پاسخ فیزیولوژیک بدن نسبت به ورود و تأثیر مواد جدید که معمولاً با پدیده‌ی تطبیق‌پذیری بروز می‌کند؛ یعنی به دلیل کاهش تعداد گیرنده‌های عصبی و کاهش انتقال دهنده‌های عصبی موجود در سیستم عصبی مرکزی فرد، نیاز فرد مصرف‌کننده به مواد، روز به روز بیشتر می‌شود. **اعتیاد روانی** نیز ناشی از لذت و سرخوشی مصرف مواد مخدر است. این نوع از اعتیاد، به واسطه‌ی برهم ریختن نظم ترشح میانجی‌های عصبی، فرد را دچار آسیب‌ها یا تناقضات روحی می‌کند. همچنین اعتیاد را می‌توان به دو گروه مجاز و غیر مجاز نیز تقسیم بندی کرد.

اعتیاد مجاز شامل مصرف مداوم موادی است که به عنوان دارو شناخته می‌شوند. این مواد دارویی ممکن است طبیعی یا مصنوعی باشند و با تبویز پزشکی یا به صورت خودسرانه مصرف شوند.

اعتیاد غیر مجاز یعنی وابستگی فرد به مصرف همیشگی مواد مخدر، به گونه‌ای که قوانین کشور یا قوانین بین‌المللی، آن را غیرقانونی بشناسند.

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اغلب کشورها در عصر امروز، **پدیده‌ی سوء مصرف مواد** است که به طور مستقیم و غیر مستقیم، کوتاه مدت و بلند مدت، کیفیت زندگی مردم آن جامعه را تحت الشعاع قرار داده است. سوء مصرف هر ماده‌ای باعث تغییر حالت در فرد می‌شود. ملاک برای تشفیص اینکه ماده‌ای مورد سوء مصرف قرار گرفته یا نه، میزان مصرف نیست؛ بلکه میزان اثری است که این سوء مصرف روی شغف دارای اعتیاد و زندگی اجتماعی او باقی می‌گذارد. پس باید توجه کرد که فرد به واسطه‌ی مصرف این ماده، چه مقدار در زندگی دچار مشکل شده است.

هم اکنون بیش از ۲۲۰ میلیون نفر مصرف‌کننده‌ی مواد اعتیادآور و مواد مخدر در سراسر جهان وجود دارد. ۱۵۰ میلیون نفر معتاد به مواد توهم‌زا مثل هشیش، ۱۵ تا ۲۰ میلیون نفر معتاد به ماده‌ی مفرک کوکائین و مشتقات آن، ۱۵ تا ۲۱ میلیون نفر معتاد به هرئین و ... و سایرین نیز انواع مواد اعتیادآور روان‌گردان و شیمیایی را مورد سوء استفاده قرار می‌دهند. طبق آمار وزارت بهداشت ایران در سوم مهر سال ۱۳۹۱، تعداد معتادان دائمی در ایران که مصرف روزانه‌ی مواد مخدر دارند، بین دو میلیون تا دو میلیون و دویست هزار نفر است.



معتاد؛ مجرم یا بیمار؟



آناهیتا کهن
کارشناسی مددکاری اجتماعی



برخی کشورها فرد معتاد را به عنوان بیمار و برخی دیگر به عنوان مجرم می‌شناسند، اما در کشور ما ششصت معتاد، هم به عنوان بیمار و هم مجرم شناخته می‌شود.

به جز اظهارات صفاتیان، کارشناسانی هم هستند که فقط یکی از دو سر طیف را قبول دارند؛ یعنی یا معتقدند معتاد بیمار است و یا مجرم است. به عبارت دیگر، برخی مخالف بیمار بودن معتادان اند. آنان معتقدند که قانون، تولید و تجارت مواد مخدر را مجرم تلقی می‌کند؛ پس معتادان به عنوان کسانی که زمینه‌ی مجرم را فراهم می‌کنند و خود با پای خود به سمت اعتیاد می‌روند، قانون شکن و مجرم به شمار می‌آیند و باید مجازات شوند. موافقان نظریه‌ی "معتادان بیمارند" با تأکید بر اختلالات جسمانی، روانی و اجتماعی فرد معتاد بر این باورند که باید دیدگاه بیمار نگرانه بر سیاست‌های کلان در زمینه‌ی درمان این افراد حاکم باشد و هرگونه اقدام درمانی اجباری با اعمال زور و فشار روی ششصت معتاد، فطرناک است و باید شرایط درمان جامع، فراگیر، ارزان و قابل دسترسی در سطح کشور برای معتادان فراهم شود.

یکی از دغدغه‌ها و موضوعات قابل بحث بین جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و حقوق‌دانان، پدیده‌ی اعتیاد و فرد معتاد است. سوء مصرف مواد مخدر، بی‌شک بسیاری از افراد و خانواده‌ها را درگیر خود کرده است و این، مسئله‌ای نیست که بتوان آن را بی‌اهمیت قلمداد کرد.

برخی معتقدند که اعتیاد، مجرم و فرد معتاد مجرم است، اما برخی دیگر بر این باورند که اعتیاد یک ناهنجاری اجتماعی و یک بیماری است که در نتیجه فرد معتاد، بیمار قلمداد می‌شود. در این میان، دیدگاه سومی نیز وجود دارد که اعتیاد را مجرم پنداشته اما معتاد را هم بیمار و هم مجرم می‌داند. طبق این دیدگاه، معتاد مجرم است مگر اینکه مبتلا شدن و اعتیاد او به مواد مخدر، به دست خودش نبوده باشد. بنابراین، آنان که بدون اختیار معتاد شده‌اند، بیمار مسوب شده و اما سایر معتادان که اکثریت را تشکیل می‌دهند، مجرم هستند.

صفاتیان، رئیس کارگروه کمیته‌ی مستقل مبارزه با مواد مخدر مجمع تشفیص مصلحت نظام، در این فصوص می‌گوید: برای این موضوع مبنی بر اینکه معتاد، مجرم است یا بیمار، در کشورهای مختلف، اظهار نظرهای متفاوتی وجود دارد.

صفتیان با کشیدن خط بطلانی بر اظهارات یار شده، بیان می‌کند که معتاد هم مجرم و هم بیمار است. وی در ادامه‌ی مصاحبه با خبرنگاری ایرنا افزود: **خرد معتاد در شرایط عادی، طبق مفاد قانونی که در سیاست‌های کلان کشور آمده است، مجرم شناخته می‌شود، اما اگر به مراکز درمانی مراجعه کند، بیمار تلقی شده و از تعقیب کیفری معاف خواهد بود.** وی همچنین تأکید کرده است که **اگر معتادی به یک خرد، آسیب برساند، مجرم است اما اگر تحت درمان باشد، بیمار است.**

برفی کارشناسان نیز در این میان، کاری به مجرم یا بیمار بودن معتادان ندارند. آنچه که باعث نگرانی آنان شده، این است که اگر رویکرد به سمت بیمار بودن معتاد پیش رود، باید به گونه‌ای باشد که قبح اعتیاد شکسته نشود. به عبارت دیگر، وضعیت طوری نشود که معتادان به صرف اینکه بیمار هستند، در معابر عمومی ظاهر شوند و در ملاء عام، اقدام به مصرف مواد کنند.



تاریخچه مراکز ترک اعتیاد در جهان



فرونوش فقیهی
کارشناسی مددکاری اجتماعی

استعمال مواد مخدر دارای سابقه‌ای طولانی در جوامع است و طریقه‌ی مصرف آن نیز متنوع است. جالب است بدانید اولین کشوری که گیاه فشفاش را شناسایی کرد و شیره‌اش را گرفت، مپارستان بود (۱۲۰۰ سال پیش از میلاد مسیح). البته سومری‌ها نیز در ایران با کشف تریاک، داروی مسکن درست کرده و از آن استفاده می‌کردند. این گونه مواد مخدر در جوامع، گسترش یافت و امروزه نیز بشر با آن دست و پنجه نرم می‌کند. متأسفانه در گذشته برای ترک دادن فرد معتاد از روش‌هایی مانند شکنجه (بستن فرد به تفت یا گرسنه گذاشتن او) استفاده می‌کردند، اما نتایج مطلوبی در بر نداشت. کم کم محققان دریافتند که باید روش خود را عوض کنند و از روش‌های درمانی گروهی یا روش "دوازده قدم" استفاده کنند که البته اکثر این روش‌ها از تجربه به دست آمده است.

اکنون به طور خلاصه به تاریخچه مراکز ترک اعتیاد می‌پردازیم، هرچند که متأسفانه اطلاعات جامع و درستی در زمینه‌ی تاریخچه‌ی مراکز ترک اعتیاد در دست نیست.

اوایل سال ۱۹۰۰ میلادی، مراکز برای درمان و نگهداری معتادان به مواد مخدر و الکل تأسیس شد که به آن مراکز، «پناهگاه معتادان» گفته می‌شد. روش اداره‌ی این مراکز و نحوه‌ی برخورد با بیماران، شبیه آسایشگاه‌های روانی بود.

سال‌ها بعد، مراکز ترک اعتیاد دولتی مربوط به ایالات متحده‌ی آمریکا شروع به کار کردند.

در سال ۱۹۵۰ م. برای اولین بار، واژه‌ی بیمار برای افرادی که سوء مصرف الکل و مواد مخدر داشتند به کار رفت. آن زمان از روشی به نام "دوازده قدم" برای ترک الکل و مواد مخدر استفاده می‌شد که دارای موفقیت زیادی بود. در زمان ریاست ریچارد نیکسون، رئیس جمهور ایالت متحده‌ی آمریکا، جنگی علیه مواد مخدر راه افتاد. وی به این منظور، ۲۵ میلیون دلار از سرمایه‌ی آمریکا را صرف تأسیس مراکز درمان و ترک اعتیاد کرد.

اوایل قرن ۱۸ م. برای درمان اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در کشورهای پیشرفته‌ی دنیا مراکز تأسیس شد که توسط روان‌پزشکان اداره می‌شد، اما متأسفانه در آن زمان، مطالعات کافی برای پیدا کردن روش‌های علمی ترک اعتیاد و مواد مخدر انجام نشده بود، یعنی بیماران فقط در چنین مراکز زندگی می‌کردند و شیوه‌ی درمان هم استاندارد نبود.

هدف ایجاد مراکز ترک اعتیاد و پالش‌های موجود بین مسئولان و معترضان

هدف اصلی تأسیس مراکز ترک اعتیاد، درمان بیماران است، اما مهم‌ترین هدف، ایجاد یک فضا و محیط مناسب و سرشار از آرامش و احترام برای بازتوانی و درمان معترضان است. محیطی که شخص معترداً، احساس تقصیر شدگی و مجرم بودن نداشته باشد و با او مانند یک انسان عادی و بیمار که نیاز به درمان دارد، رفتار شود.

دومین مورد از اهداف ایجاد مراکز ترک اعتیاد، قرار گرفتن شخص در محیطی است که از هرگونه مواد اعتیادآور عاری باشد، محیطی مناسب برای زندگی شخص بیمار به مدت کوتاه و امکان دیدار و ملاقات با دوستان، فامیل و خانواده به جهت برفورداری از حمایت‌های روانی آنها.

از دیگر اهداف ایجاد این مراکز، آموزش مهارت‌های ارتباطی و بیان مشکلات و احساسات و آشنایی با افراد مشابه و ترک کرده و کمک گرفتن از آنها برای طی کردن فرایند ترک اعتیاد است.

نوعی اداره و ارائه خدمات مراکز ترک اعتیاد

مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر به طور کل به دو بخش سرپایی و بستری تقسیم می‌شوند که پایه‌ی درمان در مراکز سرپایی بر تغییر مصرف و جایگزینی شربت‌ها و قرص‌های مورد تأیید وزارت بهداشت است. در مراکز بستری به دلیل حضور پزشکان متخصص و بهره‌گیری از تجهیزات و تحقیقات نوین، روند درمان با پیچیدگی‌های متفاوتی همراه است.

مراکز درمان سوء مصرف مواد به شیوه‌ی بستری؛ در مراکز ترک اعتیاد یا مراکز بازپروری، معترضان مددجو پس از پذیرش، دوره‌ی درمانی را با نظارت مددکاران می‌گذرانند. در مورد معترضان و کارکنان فواید تنهایی مانده، مددکاران، خانواده‌ی فرد معترداً را شناسایی می‌کنند و آنها را در جریان وضع او قرار می‌دهند.

سم زدایی، مرحله‌ی اول پرفه‌ی ترک اعتیاد در مراکز ترک اعتیاد است. در این مرحله، بیمار مورد معاینه‌ی پزشک و مددیار قرار می‌گیرد و بهترین روش طبق تجربه برای او تجویز می‌شود. مددجویان بعد از گذراندن دوره‌ی ترک اعتیاد و مرحله‌ی سم زدایی، وقتی از اتاق قرنطینه فارغ می‌شوند، هم‌زمان با شرکت در دوره‌ها و جلسات ترک اعتیاد، با نظارت مددکاران در کارگاه‌های مهارت‌آموزی مشغول به کار می‌شوند. اشتغال و کسب درآمد، مهم‌ترین دغدغه‌ی افرادی است که اعتیاد را کنار گذاشته‌اند و می‌خواهند به زندگی عادی برگردند. بدین منظور معمولاً در مراکز ترک اعتیاد، مرکز مهارت‌آموزی هم ایجاد می‌شود. در صورت پاک ماندن فردی که اعتیاد را ترک کرده، گاه مددکاران برای آگاهی دادن به خانواده‌های آنها با خانواده‌ها تماس می‌گیرند تا اعتمادشان را به تعول جدید جلب کنند.



ویژگی‌های یک مرکز ترک اعتیاد استاندارد

به طور کلی، یک مرکز ترک اعتیاد استاندارد باید **مراقبت پزشکی و روان‌درمانی بیست و چهار ساعته** با تیمی متشکل از متخصصان حرفه‌ای و ماهر در زمینه‌های مختلف (برای پاسخگویی به نیازهای مختلف بیماران مبتلا به اعتیاد) را در اختیار بیمار بگذارد. اما **ویژگی‌های این مراکز در همه جا یکسان نیست؛** بلکه هر کدام تسهیلات خاص خودشان را دارند. بعضی مراکز، امکانات اولیه‌ی ساده‌ای دارند، مثل اتاق‌های مشترک، سالن غذاخوری و فعالیت‌های تفریحی مثل شنا و پینگ‌پونگ. سایر مراکز، کمی لوکس‌تر و فصولی‌تر هستند و سوئیت‌های جداگانه دارند، با وعده‌های غذایی آن‌چنانی و تسهیلاتی چون استخر، سونا، جکوزی و باشگاه ورزشی.

بیشتر برنامه‌های درمانی مراکز بازپروری در قالب **مشاوره، رفتار درمانی، گروه‌های حامی** و برنامه‌ی سم‌زدایی در صورت نیاز ارائه می‌شود. یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها، **خانواده‌درمانی** است که در آن، اعضای خانواده‌ی بیمار در جلسات مشاوره و فعالیت‌های خانوادگی مشارکت می‌کنند. چنین امتیازی این فرصت را فراهم می‌کند که هم اعتماد به وجود بیاید و هم روابط ناب‌هنجار یا محرک‌هایی که ممکن است منجر به لغزش بیمار شود، برای بیمار و اعضای خانواده تبیین شود. خانواده می‌تواند با حضور فعال و متعهدانه در این برنامه‌ها عزیز خود را در فرایند بهبودی تشویق و حمایت کند.

سوالاتی جزئی پیرامون مراکز ترک اعتیاد و

بیماران

اولین مؤسس مراکز ترک اعتیاد در ایران به روش نوین؟

اولین مؤسس این گونه مراکز در ایران، آقای شه‌ریار هبازی است که مراکز چیتگر بزرگسالان، وردیج و معاونت فرهنگی تولد دوباره راه‌اندازی و تأسیس کرده که از جمله بهترین مراکز ترک اعتیاد هستند.

سن افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد از ۱۰ نفر مراجعه‌کننده، چهار نفر در رده‌ی سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، چهار نفر در رده‌ی سنی ۲۴ تا ۳۰ سال و دو نفر ۳۰ به بالا هستند.

طول مدت درمان معتادان؟

طول درمان در اشخاص، متفاوت است. ممکن است برای یک نفر، بستری شدن در یک دوره‌ی ۲۸ روزه کافی باشد، ولی برای شخص دیگر حداقل ۳ دوره لازم باشد. واقعیت این است که معتادان هر چه بیشتر تحت مراقبت و درمان باشند، درمان، نتیجه‌بخش‌تر خواهد بود.

چند درصد افرادی که تحت درمان قرار می‌گیرند، بعد از ترک پاک می‌مانند؟

طبق تحقیقات به عمل آمده، به صورت تقریبی بین ۲۰ تا ۳۰ درصد معتادان بعد از سم‌زدایی و خروج از مرکز، پاک می‌مانند.





برای ترک اعتیادی که ماندگار و موفقیت آمیز باشد، چه باید کرد؟

شخص معتاد بعد از خروج از مرکز برای اینکه دچار عود دوباره نگردد، باید ارتباطش را با مرکز حفظ کند. باید برای مراقبت‌های بعد از خروج با مرکز همکاری نماید و روزانه در جلسات انجمن معتادان گمنام که یک انجمن غیر انتفاعی است و وابسته به هیچ سازمانی نیست شرکت نماید.

چند مرکز ترک اعتیاد در کشور وجود دارد و آیا همه‌ی آنها با هم‌وزن کار می‌کنند؟



به طور کل ۱۲۰۰ تا ۱۳۰۰ مرکز ترک اعتیاد در کشور وجود دارد. متأسفانه مراکز ترک اعتیادی هم وجود دارند که به صورت غیر مجاز در سافتمان‌ها یا باغ‌ها و یا اطراف شهر فعالیت می‌کنند و حتی بعضی از آنها از فزاینده‌های بسیار فشن در روند ترک اعتیاد استفاده می‌کنند، اما فوشبفتانه ستار مبارزه با مواد مفر نسبت به این گونه فعالیت‌ها بسیار حساس بوده و اگر گزارشی پیرامون این موضوعات دریافت کند، بر فور جری و قاطعی همراه با تعطیلی مرکز خواهند داشت که تعیین تکلیف این مراکز توسط سیستم قضایی انجام می‌شود. حتی مواردی هم گزارش شده که در مراکز مجاز، با مددجویان بدرفتاری می‌شود و البته با این مراکز نیز بر فور جری شده و تعطیل شده‌اند.

علت گرایش جوانان به اعتیاد



زهرا فداویسی

کارشناسی مددکاری اجتماعی

دلیل گرایش جوانان به اعتیاد چیست؟

امروزه متخصصان معتقدند که یک عامل، زمینه‌ساز اعتیاد نیست و عوامل متعددی وجود دارد که دست به دست هم می‌دهند و باعث روی آوردن جوانان به اعتیاد می‌شوند، اما باید در نظر داشته باشیم که میزان تأثیر گذاری آنها متفاوت است؛ برقی نقشی بنیادی دارند، اما برقی دیگر زمینه‌ساز اعتیاد هستند. برقی می‌گویند علت عمده‌ی اعتیاد جوانان، استرس، افسردگی و فشارهای روحی-روانی است. افرادی نیز معتقدند علت اعتیاد جوانان، نوعی سرکشی و جلب توجه است. دسته‌ای نیز می‌گویند علت اعتیاد، کنجکاوی و کسب لذت و هیجان طلبی است. هر چند این عوامل شاید تأثیر گذار باشند، اما نباید تا این حد ساده و تک بعدی به موضوع اعتیاد نگاه کنیم. باید عوامل فردی، اجتماعی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را در فرایند گرایش به اعتیاد در نظر بگیریم.

عوامل فردی: فقر معنوی، افسردگی، بیماری، کاهش وزن، لذت جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت، ناامیدی، ضعف در مهارت‌های شفصی، استرس، تجربه‌های پرید، فشار فکری و روانی.

جوانی، پلی میان کودکی و پیری است. فوشبفت آن کسی است که از این پل به سلامت بگذرد. جوانی، بهاران زندگی و ارزشمندترین هدیه‌ای است که دست روزگار، تنها یک بار فرصت بهره‌مندی از آن را به آدمی می‌بخشد.

با توجه به متن بالا به این نکته پی می‌بریم که جوانی، یکی از مهم‌ترین و اثر گذارترین مراحل در زندگی هر فرد است و اگر کسی در این مرحله از زندگی از مسیر فارغ شود، در آینده دچار مشکلات و پالش‌های بیشتری نسبت به یک فرد میانسال خواهد شد؛ چرا که بسیاری از مسائل و آسیب‌ها در جوانی بروز می‌کنند و خودشان را نشان می‌دهند. یکی از این مسائل و مشکلات، اعتیاد است. البته باید در نظر بگیریم که اعتیاد، تنها مفتض جوانان نیست و همه‌ی افراد، ممکن است دچار اعتیاد و مصرف مواد مضر شوند، اما وضعیت جوانان به دلیل شرایط روحی-روانی و جسمانی بسیار حساس است.



عوامل اجتماعی: دسترسی آسان به مواد مفر، نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی، محل سکونت، گروه دوستان، مهاجرت‌های بی‌رویه و هاشیه‌نشینی، محیط مدرسه، تقریبات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، رشد جمعیت و **جامعه‌شناسان بیشتر بر تأثیرات موضوعات اجتماعی بر گسترش اعتیاد در بین جوانان تأکید دارند.**

عوامل خانوادگی: محبت زیاد به فرزندان، سابقه‌ی خانوادگی، تبعیض بین فرزندان، مشغله‌ی والدین، درگیری بین والدین، بی‌اطلاعی خانواده‌ها از دوستان فرزندان و موارد مشابه.

برای مبارزه با اعتیاد جوانان چه اقداماتی باید صورت گیرد؟

باید سازمان‌هایی نظیر **صدا و سیما، سازمان‌های دولتی و غیر دولتی،** نهادها و همپنین **خانواده‌ها** دست به دست یکدیگر دهند تا جوانان کشور که سرمایه‌های بزرگ این مرز و بوم هستند از آسیب‌ها دور بمانند.

هر چند تصمیمات اشتباه، بخش جدا نشدنی دوران جوانی است، اما باید به یاد داشته باشیم که در نهایت، **تصمیم‌گیرنده خودمانیم** و اگر اعتیاد را راهکاری برای بیشتر شدن اعتماد به نفس یا فرار از دام **افسردگی** بدانیم، آسان‌ترین روش تبدیل هستی به نیستی و زندگی به مرگ را انتخاب کرده‌ایم؛ چون اعتیاد همان زلزله‌ایی است که پایه‌های خانه و کاشانه را با قدرت هر چه تمام‌تر لرزانده و ریشه و بنیاد آن را با خاک یکسان می‌کند، اما فراموش نکنیم که **هیچ وقت برای بازگشت از راه اشتباه دیر نیست.**



دود دست دوم



زهرا پورهمدانی
کارشناسی مردمکاری اجتماعی



تا اینجا، تعاریفی از هر سه دسته ارائه کردیم، اکنون به بررسی بیشتر دود دست دوم می‌پردازیم.

در تعریف **CDC** (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها)، **دود دست دوم**، **دودی است که در نتیجه سوختن توتون و تنباکو، سیگار، قلیان و پیپ به وجود می‌آید. همچنین به دود فروبی از دهان افراد سیگاری و کسانی که از قلیان و پیپ استفاده می‌کنند نیز دود دست دوم گفته می‌شود.**

افرادى که در تماس با دود دست دوم هستند، از عوارض ناشی از آن در امان نیستند. این عوارض **در کودکان و بزرگسالان متفاوت است.** کودکانی که در معرض دود دست دوم هستند، ممکن است دچار مشکلاتی نظیر عفونت گوش، حملات آسمی شدید، علائم تنفسی مانند سرفه، عطسه و تنفس کوتاه، عفونت‌های تنفسی مانند پنومونی و برونشیت، احتمال بالاتر سندرم مرگ زودرس نوزادان (!) شوند.

اما تأثیرات دود دست دوم در بزرگسالان عبارتند از: بیماری‌های قلبی، سرطان ریه و سگته.

شاید بعضی از افراد، این اصطلاح را شنیده و اطلاعاتی نیز در این باره داشته باشند. همچنین ممکن است برای برقی سوال باشد که دود دست دوم چیست؟ مگر دود هم دسته بندی دارد؟

در جواب این سوال باید بگوییم که **بله! دود به سه دسته تقسیم می‌شود:** دود دست اول، دود دست دوم و دود دست سوم.

در این مطلب به بررسی هر سه دسته می‌پردازیم؛ البته که دود دست دوم را با جزئیات بیشتری مورد مطالعه قرار می‌دهیم.

دود دست اول: همان دودی است که افراد سیگاری با استعمال سیگار، وارد سیستم تنفسی خود می‌کنند.

دود دست دوم: دودی است که اطرافیان فرد سیگاری استنشاق می‌کنند.

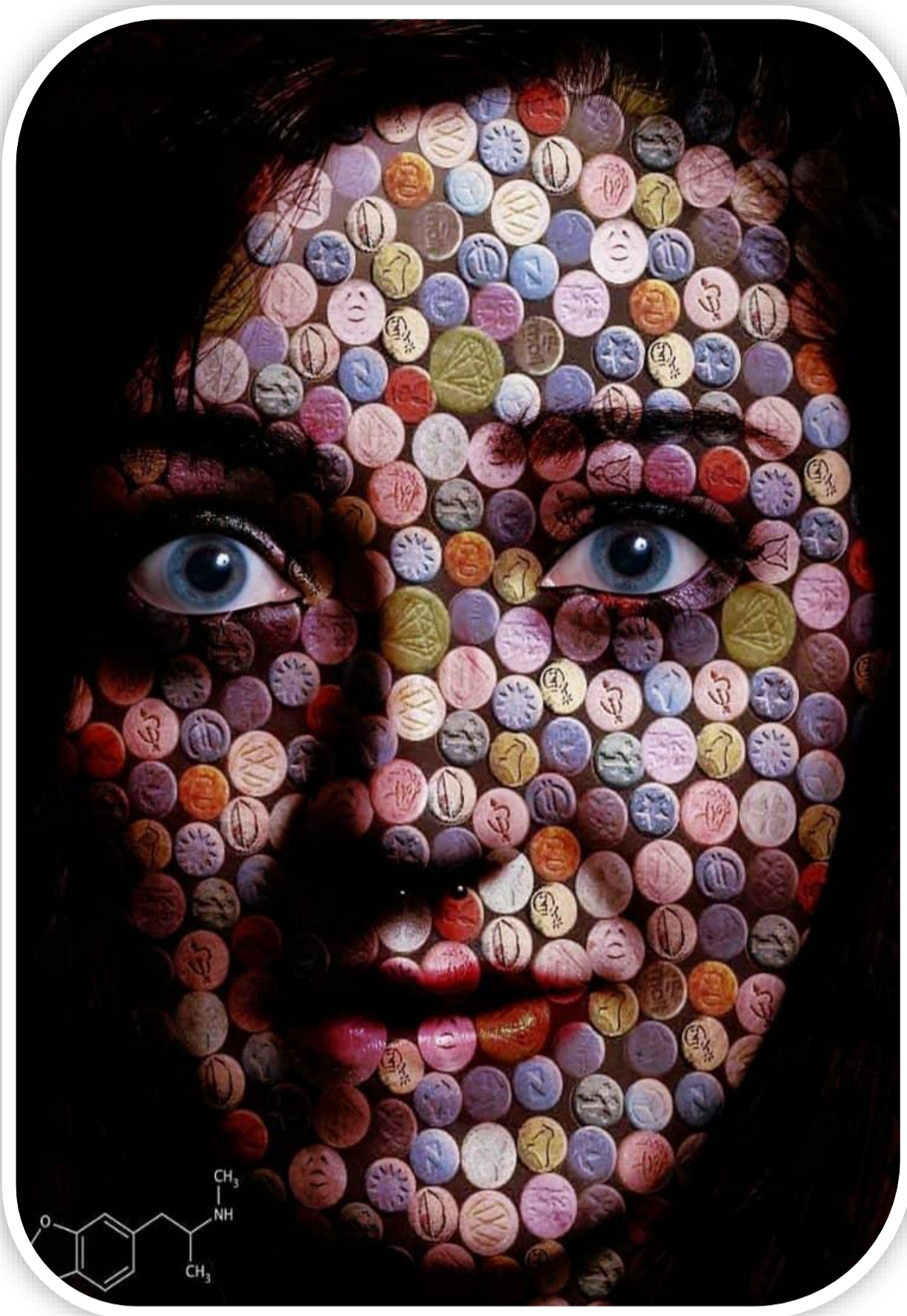
دود دست سوم: سمومی که در دود سیگار وجود دارد و قابل رویت نیست. این سموم به محیط اطراف حتی لباس، پوست و مو، وسایل مفتلف و ... می‌چسبند و تا مدت‌ها هم باقی می‌مانند و حتی در صورت ارتباط با افراد عادی و غیر سیگاری، این سموم به آنها منتقل می‌شود. مثلاً اگر فرد سیگاری، یک کودک را در آغوش بگیرد، این سموم به کودک منتقل می‌شود.



سفن نویسنده:

بسیاری از مردم بر این باورند که فقط افرادی که سیگار می‌کشند، در معرض خطر هستند؛ اما همان طور که گفته شد، علاوه بر این افراد، اطرافیان‌شان نیز در معرض خطر هستند. حتی اگر ملاقاتی اندک با فرد داشته باشند نیز ممکن است برای آنها فطراتی، گاهی به اندازه‌ی فرد سیگاری و یا حتی بیشتر (مثل مرگ نوزاد) به همراه داشته باشد. پس بهتر است این تفکر که سیگار کشیدن فقط برای خود فرد، مضر است را کنار بگذاریم و بدانیم که **مصرف سیگار نه تنها برای خود فرد، بلکه برای تمامی افرادی که با آن در ارتباط هستند نیز مضر و خطرناک است.**

اعتیاد و زنان؛ بیمار یا فاحشه؟!



سمانه حاصلی
کارشناسی مردکاری اجتماعی

مسئله‌ی اعتیاد مدت‌هاست که دامن‌گیر جامعه‌ی ماست و ریشه‌های روانی، فرهنگی و اجتماعی بسیاری دارد و بر دیدگاه افراد جامعه نسبت به شفن درگیر با آن که اصطلاحاً معتاد نامیده می‌شود، به عنوان فردی ترم انگیز یا حتی فطرناک، اثرات قابل توجهی خواهد داشت.

در جوامع مختلف، نگرش مردم به شفن معتاد متفاوت است؛ همپنان که در ایران شعار می‌دهیم: **معتاد بیمار است، نه مجرم!** اما غالباً زمانی که با فرد معتاد مواجه می‌شویم، یا به سرعت از او فاصله می‌گیریم یا با تمقید و اهانت با او برفور می‌کنیم. برفور هم نکنیم، نگاه‌هایی که از هزار جور فحاشی و بی‌حرمتی بدتر باشد، به او می‌کنیم.

اعتیاد هم جنسیتی است!

متداول شدن اعتیاد در بین افراد جامعه، بدیهی و انکار ناپذیر است، اما در رابطه با دیدگاه اجتماعی به این مسئله، نکته‌ای قابل توجه وجود دارد: **جامعه برای زن و مرد معتاد، تفاوت‌های زیادی قائل است.** از نظر مردم، اعتیاد مرد یک مسئله‌ی کاملاً طبیعی است و شاید در مواردی از حقوق وی تلقی شود.

در حقیقت، قانون برای زن و مرد در این مورد راه برم و انحراف اجتماعی را به یک اندازه باز گذاشته، اما کلیدی‌ترین قاضی اجتماع ایرانی یعنی "عرف"، این قانون نانوشته را رسماً بر ما حاکم می‌کند که زن معتاد، معادل مؤدبان‌هی زن فاحشه است! به عبارتی، فرهنگ حاکم، زمینه‌ی فکری را این گونه مهیا می‌کند که افراد جامعه حق دست درازی به زن سیگاری را حتی در فکشان هم دارند! **دست درازی صرفاً به معنی تعرض جنسی** که البته امری معمول است و می‌توان در فاطرات بسیاری از زنان معتاد نقشی از آن دید، **نیست! گاه تعرض در فکر ما اتفاق می‌افتد**، در نگاه طغیان‌گر و لاقیدمان که "وه! این دفتر هرزه‌ی سیگاری را ببین!" در آن موج می‌زند. اما کسی از ما نمی‌پرسد که چه فرقی بین مرد معتاد و زن معتاد وجود دارد؟ وقتی هر دو آسیب‌دیده هستند! چه بسا پس‌مانده‌ی همین طرز نگاه، آسیب به زن را دو پندان می‌کند!!

پிரای تبعیض در اعتیاد

آنچه مسلم است این است که معتاد، قربانی بی‌پون و پرای اعتیاد است، اما علل اینکه یک قربانی در جایگاهی کاملاً حق به جانب قرار می‌گیرد و دیگری در زمره‌ی مکومین، آن هم صرف جنسیتشان، تنها یک عامل می‌تواند داشته باشد: **نابرابری جنسیتی!** جامعه‌ای که زن را موظف به رعایت اصول می‌داند، موظف به سکوت کردن، موظف به آسیب ندیدن، فشنونتی که زن را و می‌دارد تا بی‌پون و پرا تابع بایدها و نبایدها باشد و اگر مخالفتی ببیند، بزرگ‌ترین حربه‌ای که جامعه برایش تعریف کرده، حربه‌ای که خود آلت دست خودساخته‌ی جامعه برای سرکوب و محدودیت زن است را به کار می‌برد و "پاکی" و "عفت" زن را نشانه می‌رود!

همین جامعه، مرد پاک را از ناپاک تفکیک نمی‌کند و بر ناپاک‌ها برپسب نمی‌زند؛ چون نمی‌پذیرد که هر دو قشر اجتماع یعنی زن و مرد، انسان هستند و هر دو به یک اندازه ممکن است فضا کنند یا ناپاک باشند یا ... این طور می‌شود که دفتر معتاد در هیچ کجای جامعه امنیت را نخواهد دید، نه امنیت روانی، نه جسمی، نه جنسی و ... شاید بتوان گفت بیشترین سوء استفاده‌های جنسی از زنان معتاد صورت می‌گیرد. اما رفتار قانونی و حرفه‌ای با هر دو گروه به یک شکل است، یعنی هر دو باید در مراکز مربوطه بستری شوند و تحت مراقبت باشند و این نشان می‌دهد که نگرش نابرابر، خدمات نابرابری را با خود به همراه خواهد داشت.

علل گرایش بانوان به اعتیاد

گرایش بانوان به اعتیاد، علل بسیاری دارد که البته پندان تفاوتی با آقایان ندارد.

مسائل روانی: نیاز به مسکن‌های کوتاه و بلند مدت برای کاهش فشار روانی یا وجود افتلالات روحی، محرک روانی مهمی برای گرایش به اعتیاد است.

مسائل اجتماعی: محرومیت آن، سرکوب‌ها، محدودیت‌ها، محرومیت‌ها و شکست‌ها در بطن اجتماع است که شفص را ابتدا منزوی و افسرده می‌کند و سپس به مسلخ اعتیاد می‌کشاند.

مجاورت گروه همسالان: اگر چه تأثیر این گروه در زنان برای گرایش به اعتیاد کمتر است، اما آسیب گروه همسالان برای دختران نسبت به پسران بیشتر بوده و همین مسئله آن‌ها را به سمت اعتیاد سوق می‌دهد.

عوامل زمینه‌ای و خانوادگی: اعتیاد والدین، محدودیت یا آزادی عمل بیش از حد فرزندان، سطح فرهنگی و توان اقتصادی خانواده در این امر دخیل هستند.

فقر: مهم‌ترین عامل گرایش به اعتیاد، فقر است. فقر مالی، زائل‌کننده‌ی اعتماد به نفس، عزت نفس و شرافت و انسانیت است و روح آدمی را در برابر هر تنشی ضعیف و تسلیم می‌سازد. فقر با سلب آرامش و آسایش، احساس نیاز به مسکنی برای کاهش آلام و افکار منفی را در شفص تشدید می‌کند و این محرک، جز اعتیاد چه می‌تواند باشد؟ غافل از اینکه این محرک، خود تشدیدکننده‌ی فقر است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، **عوامل مشوق بانوان و آقایان در اشتیاق به اعتیاد تقریباً یکسان است و بر همین مبنا تفاوت فاحشی در پگونگی ابتلا و درمان وجود ندارد.** در نتیجه تبعیض میان زنان و مردان درگیر اعتیاد، **مصدق بی‌عدالتیست.**

عوارض اعتیاد برای بانوان:

عوارض جسمی و اجتماعی اعتیاد بر ما پوشیده نیست، اما همان طور که گفته شد، صدمات جدی تر این عارضه برای بانوان فواید بود. اعتیاد از عوامل مهم تن‌فروشی در بین زنان است. نیاز مالی و فقدان بستر مناسب، زن معتاد را به سمت تن‌فروشی به منظور تهیهی مایحتاج خود روانه می‌کند.

دیگر عاقبت اعتیاد که بین زنان و مردان مشترک است، فروش نوزادان خود برای تهیهی مواد مخدر است و البته تأثیر اعتیاد بر بارداری و معتاد به دنیا آمدن کودک از دیگر عوارض این آسیب است که ماحصل آن، نسلی بیمار و معتاد خواهد بود.

اگر چه اعتیاد، مسئله‌ای مخرب و فطرناک برای جامعه‌ی ماست، اما با مهارت تبدیل تهدید به فرصت، می‌توان با آن مقابله کرد. اعتیاد می‌تواند تلنگر مناسبی برای تغییر فرهنگ‌های غلط و نهیبی برای حذف نابرابری‌ها باشد، می‌تواند پیدارمان کند و به خودمان بیاورد که ممکن بود جای این شفص معتاد، من بودم! می‌تواند به فاطرمان بیاورد که معاسن و معایب را می‌توان با هم دید و این را گوشزد کند که انسان، چه معتاد و چه غیر معتاد، چه زن و چه مرد، "انسان" است!!!

هر فرد دارای فطرت الزاماً بد نیست؛ هر دفتر سیگاری، خامشه نیست و هرکسی که سالم است، الزاماً فوب و عاری از ایراد نیست. به هر طریق، امید است که سطره‌ی این فانمان سوز به همت مردم، مسئولین و مردکاران اجتماعی از سر جامعه‌ی نیمه جان ما کم شود و صحت و سلامت جسمی، روانی و معیشتی به دامان خانواده‌ی ایرانی باز گردد.



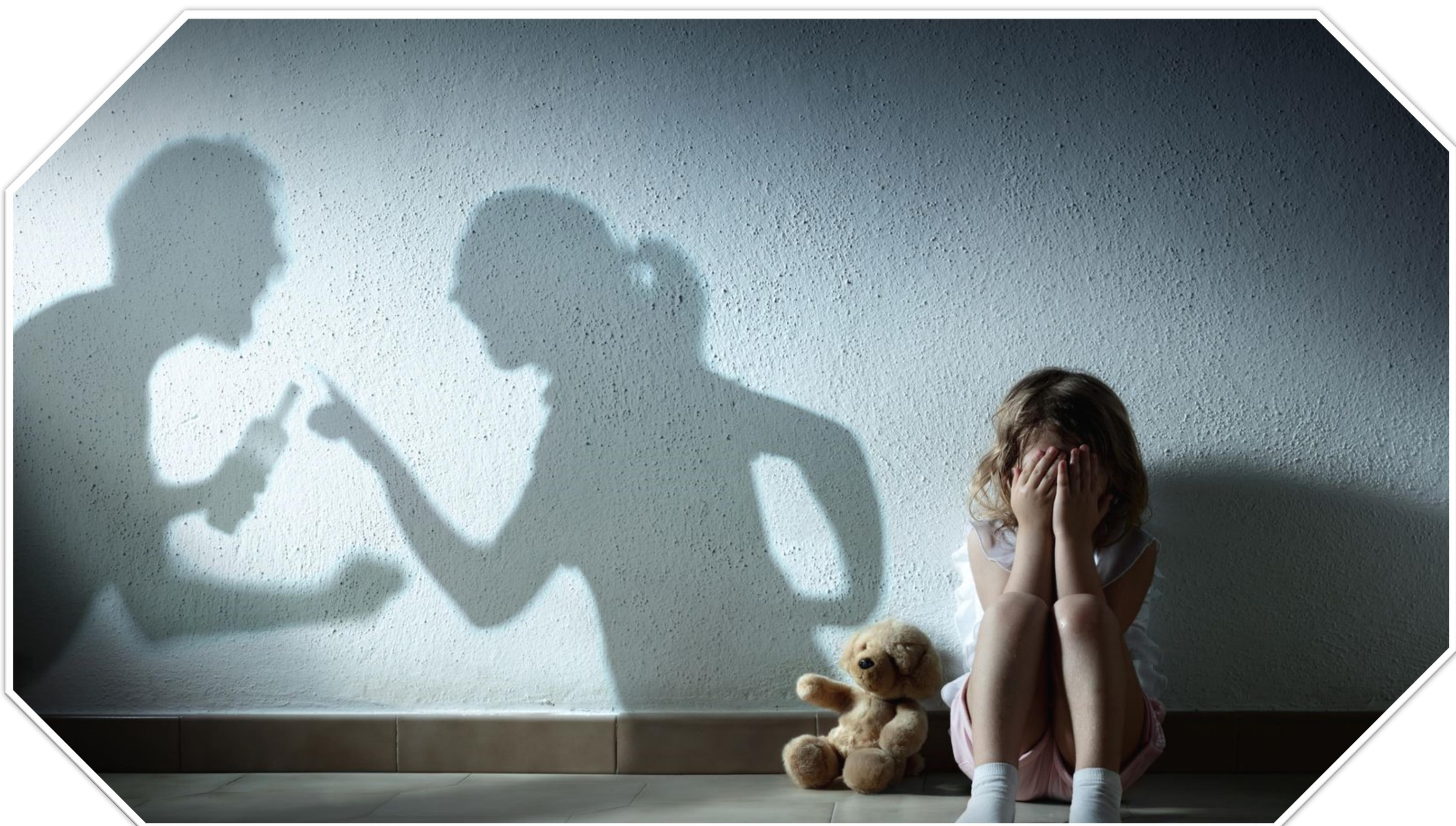
وضعیت کودکان در خانواده‌های درگیر اعتیاد



کیمیا سید
کارشناسی مددکاری اجتماعی

خانواده، مهم‌ترین کانون تربیت و پرورش کودکان و نوجوانان است. به طور طبیعی این نهاد اجتماعی برای هر فرد، کانون توجه، محبت، احترام، عشق، امنیت و ... است. در مقابل، خانواده‌هایی در سطح جامعه وجود دارند که فطرت‌ناک‌ترین و آسیب‌زاترین محیط را برای فرزندان‌شان فراهم می‌کنند. از جمله خانواده‌هایی که می‌توانند برای کودک و نوجوان ایجاب فطر کنند و سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تأثیر قرار دهند، خانواده‌های درگیر اعتیاد به مواد مخدر هستند.

از اساسی‌ترین مشکلات اجتماعی جهان، از جمله در کشور ما، اعتیاد به مواد مخدر است. مسائل و آثاری که نتیجه‌ی مخرب اعتیاد است، نه تنها خود افراد را دچار مشکل می‌کند، بلکه گریبان‌گیر اطرافیان، به ویژه خانواده‌های آنها هم می‌شود.



بنا بر نظر کمال پرهون، درمانگر اعتیاد، وضعیت فرزندان والدین معتاد، بهرانی تر از کودکان طلاق یا تک والد است. کودکان این خانواده‌ها به ظاهر، مضور فیزیکی والدین را در کنار خود احساس می‌کنند، اما زمانی که حتی یکی از والدین درگیر اعتیاد باشد، می‌تواند آثار مفری بر روح و جسم فرزند بر جای بگذارد. طبق پژوهش گوهر یسنا انزانی، روان‌شناس کودک و نوجوان، والدین مبتلا به سوء مصرف مواد، مهارت‌های فرزندپروری و نقش‌های حمایتی خود را به مرور از دست می‌دهند. از آنجایی که والدین دارای اعتیاد مدام در نوسانات خلقی قرار دارند، به این معنی که والدین هنگام مصرف مواد مفر، فوش خلق و نوازشگر و هنگام خماری، بی‌قرار و لبریز از فشم هستند، رفتارهای متناقض و گاهی فشونت‌آمیزی نسبت به فرزندان خود دارند. این تعارض‌های رفتاری موجب سردرگمی آنها در باره‌ی روابط والدینشان می‌شود. به گفته‌ی رضا رستمی، پژوهشگر و جامعه‌شناس رفتاری، گاهی این سردرگمی موجب گریزان بودن فرزندان از خانه می‌شود. علاوه بر این، پدر و مادر مورد احترام فرزندان واقع نمی‌شوند و با به وجود آمدن ناسازگاری، تنش و درگیری‌ها این نهاد موم اجتماعی به آسیب‌زاترین کانون، تغییر شکل پیدا می‌کند. در نتیجه فضای خانه برای فرزندان، ناامن و سرشار از استرس و نگرانی است. تمام این اثرات اعتیاد بر والدین موجب می‌شود فرزندان از بودن در کنار والدین خود حس فوبی نداشته و شرمسار باشند. این حس شرمساری در آنها تا جایی پیش می‌رود که گاهی از ارتباط و فعالیت‌های مشترک با دوستان به ویژه در محیط خانواده فودداری می‌کنند.

اعتیاد والدین علاوه بر اثرات زیانبار بر روابط خانوادگی، بُعد اجتماعی و شخصیتی فرزندان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. این دسته از کودکان و نوجوانان در مقایسه با همسالان خود، کم‌صرف‌تر بوده و تمایل شدیدی به انزواگزینی دارند.

از دیگر مشکلات این کودکان، آشنایی با مواد مفر در سنین پایین و فطر اعتیاد در سنین بالاتر است. پژوهش‌های انجام شده نشانگر این است که بیش از نیمی از فرزندان که با والدین معتاد زندگی می‌کنند، مصرف مواد را در دوران نوجوانی و بزرگسالی تجربه می‌کنند. همان طور که والدین آنها در مواجهه با بهران‌ها از مواد مفر استفاده می‌کنند، این فرزندان هم یاد می‌گیرند در مقابله با مسئله‌ی اعتیاد داشتن پدر و مادرشان به مواد مفر روی بیاورند. همچنین آنها از کودکی دسترسی آسانی به انواع مواد مفر دارند و این دسترسی راه را برای آنان فراهم می‌کند.



کودکان در مواجهه با این مشکلات چه مسیری را طی می‌کنند؟

بر اساس پژوهش انزانی، فرزندان برای پیران چنین اثرات نامطلوبی، به روش‌های **مزف مسئله، مقابله‌ای و ترمیمی** می‌پردازند که نتیجه‌ی آن به صورت عوارض روحی، اجتناب از جامعه، بی‌هوصلگی، تحریک پذیری، بروز خشونت‌های کلامی و جسمی، بی‌مسئولیتی همه‌جانبه از سوی والدین، محرومیت از امکانات اولیه، رنج ناشی از مقایسه، لجبازی با اعضای خانواده و اعتماد به نفس تفریب شده در فرزندان بروز می‌یابد. این مسائل، سلامت روانی و اجتماعی فرزندان را تحت شعاع قرار می‌دهد و موجب افسردگی، کاهش عزت نفس، افزایش اضطراب، ضعف در ارتباطات اجتماعی و عملکرد تحصیلی آنها می‌شود.

قرنطینه؛ تشدید کننده‌ی رنج خانواده‌های درگیر اعتبار

با ظهور ویروس کرونا و به دنبال آن، تعطیلی مدارس، شرایط طور دیگری برای افراد جامعه رقم خورد. از جمله گروه‌هایی که در قرنطینه دچار مشکل شده‌اند، خانواده‌های درگیر اعتبار هستند. اعضای خانواده بیشتر روز را در خانه سپری کرده و فرزندان آنها شرایط متفاوتی را تجربه می‌کنند. به گفته‌ی مریجان سلیمانی، روان‌شناس، این افراد به دلیل ضعف مالی و فرهنگی، نه تنها توانایی ایجاد سرگرمی برای کودکان خود را ندارند، بلکه این مسائل برای آنها هائز اهمیت نیست.



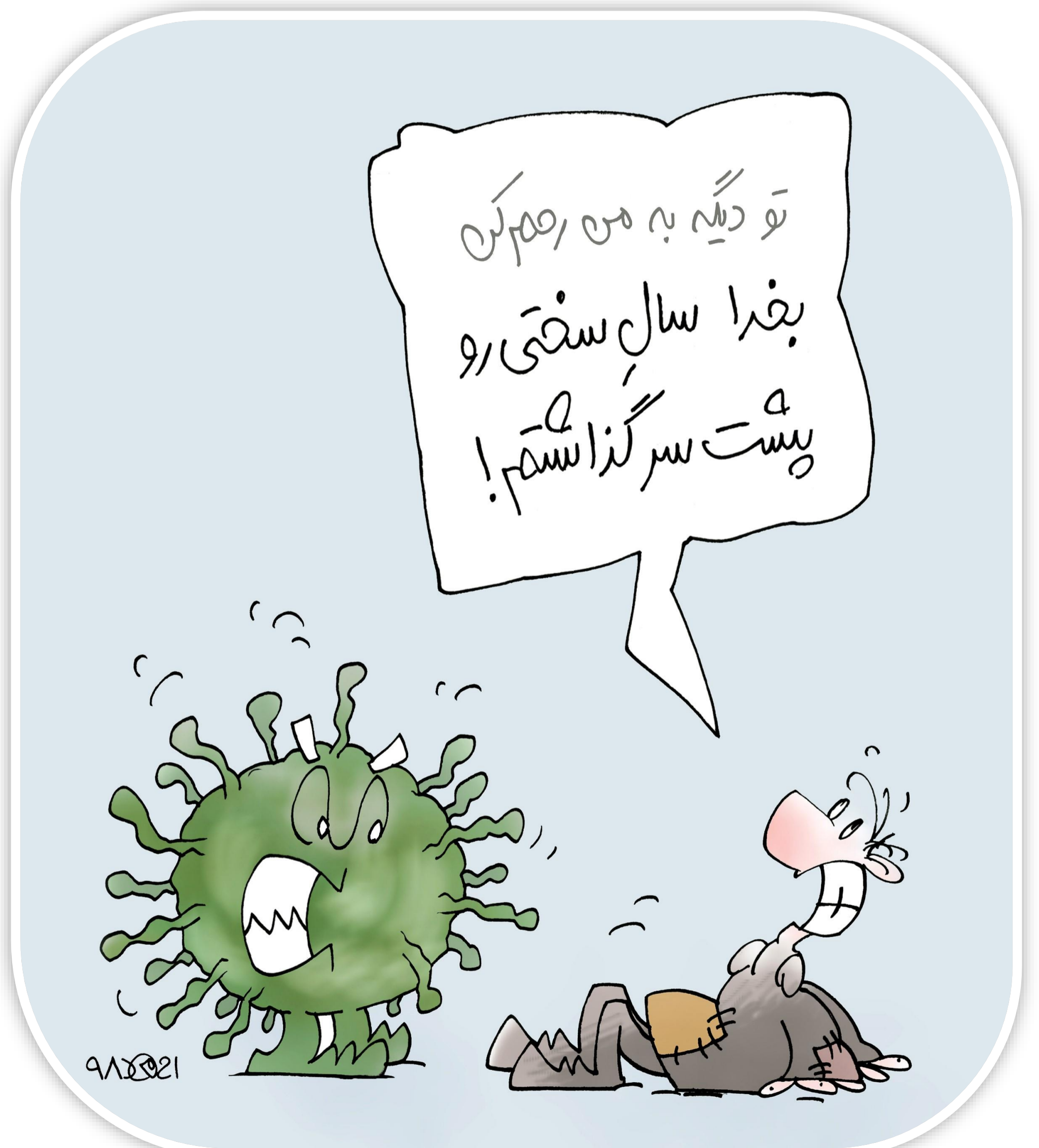
معتادان هم کرونا می گیرند!

کیمیا سید
کارشناسی مددکاری اجتماعی



پنذ سال است که شاهد **درهم آمیخته شدن زندگی عادی با فضای مجازی** هستیم. طی این چندسال، برنامه‌های اجتماعی مفتلف، محل اطلاع‌رسانی بسیاری از حوادث تلخ و شیرین و گاهی شایعه‌سازی‌هایی بوده که **زندگی اکثریت انسان‌ها را به طور مستقیم و غیر مستقیم تحت تأثیر قرار داده است.**

با شیوع ویروس کرونا گذران اوقات زندگی در رسانه‌های اجتماعی شدت گرفت و در نتیجه مطالب مفتلفی در آن به نمایش گذاشته می‌شود و بسیاری از مفاطبان فارغ از درستی و نادرستی مطالب، آن را می‌پذیرند. با شیوع کرونا در ایران نیز در کنار مطالب علمی که صرف آموزش به مردم و دادن آمار و ارقام مبتلایان به کرونا مطرح می‌شد، مطالب طنز و شایعاتی در این مورد پفش می‌شد که موجب تشویش ازهان عمومی و نگرانی مردم شده بود.



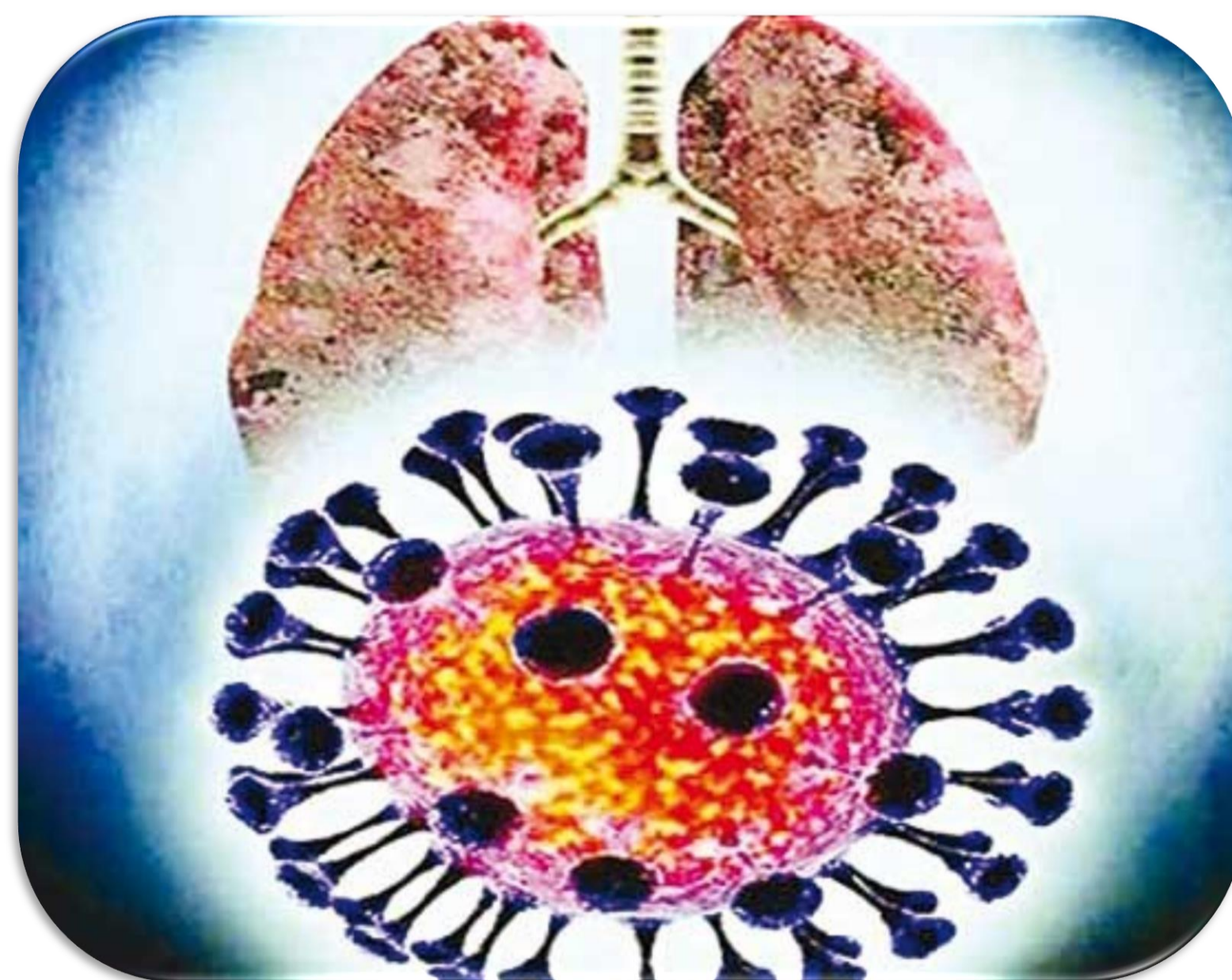


یکی از این شایعات، انتشار ویدیویی بود که در آن مردی می‌گفت: «معتادان، کرونا نمی‌گیرند.» این ویدیو شاید از نظر او و عده‌ای از مخاطبان، تنها یک شوخی است؛ اما عده‌ای باور کرده بودند و اعتقاد داشتند اگر به اعتیاد روی بیاوردند، به کرونا مبتلا نمی‌شوند. همچنین این ویدیو بازخوردهای زیادی از سوی مقامات و متفحصان دریافت کرد. دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مفر، چنین اظهاراتی مبنی بر اینکه معتادان، کرونا نمی‌گیرند را رد کرد و گفت: «اتفاقاً معتادان، مستعدتر هستند؛ به دلیل این که مشکلات ریوی و زمینه‌ای دارند، بیشتر در معرض آسیب هستند و اگر مبتلا شوند، شدت آن بیشتر است.»

مطالعاتی که در ایران و کشورهایمانند آمریکا و ایتالیا انجام شده، نشان می‌دهد معتادان اعم از مصرف کنندگان مواد مفر، داروهای روان‌گردان مانند شیشه و آمفتامین، علاوه بر اینکه کمتر از سایرین با موارد ابتلای کرونا مواجه نیستند، بلکه نسبت به افراد عادی، بیشتر در معرض بیماری کرونا قرار دارند. افراد معتاد به سیگار، قلیان یا مواد افیونی به علت استنشاق مکرر دود، سیستم ایمنی دستگاه تنفسی فوقانی آنها ضعیف شده و مقاومت بدنشان در مقابل عوامل بیماری‌زا کمتر از مردم عادی است و در نتیجه آنان سریع‌تر به آنفلوآنزا، سرماخوردگی و عفونت کرونا مبتلا می‌شوند.

همچنین بسیاری از متفحصان اظهار کردند که افراد معتاد، بیشتر از دیگر افراد در معرض فطر هستند و آنها هم باید حاصله‌ی اجتماعی را رعایت کنند تا دچار مشکل نشوند.

بنابراین باید در نظر گرفت فضای مجازی همان طور که می‌تواند مفید باشد و اطلاع‌رسانی کند، توانایی این را دارد که با کمک به انتشار مطالبی بی‌اساس توسط کاربران ناشناس، سنگ بزرگی را بر سر راه بگذارد که برداشتن آن، هزینه‌ی زیادی را در پی داشته باشد.



تأثیر مواد مخدر بر روابط جنسی



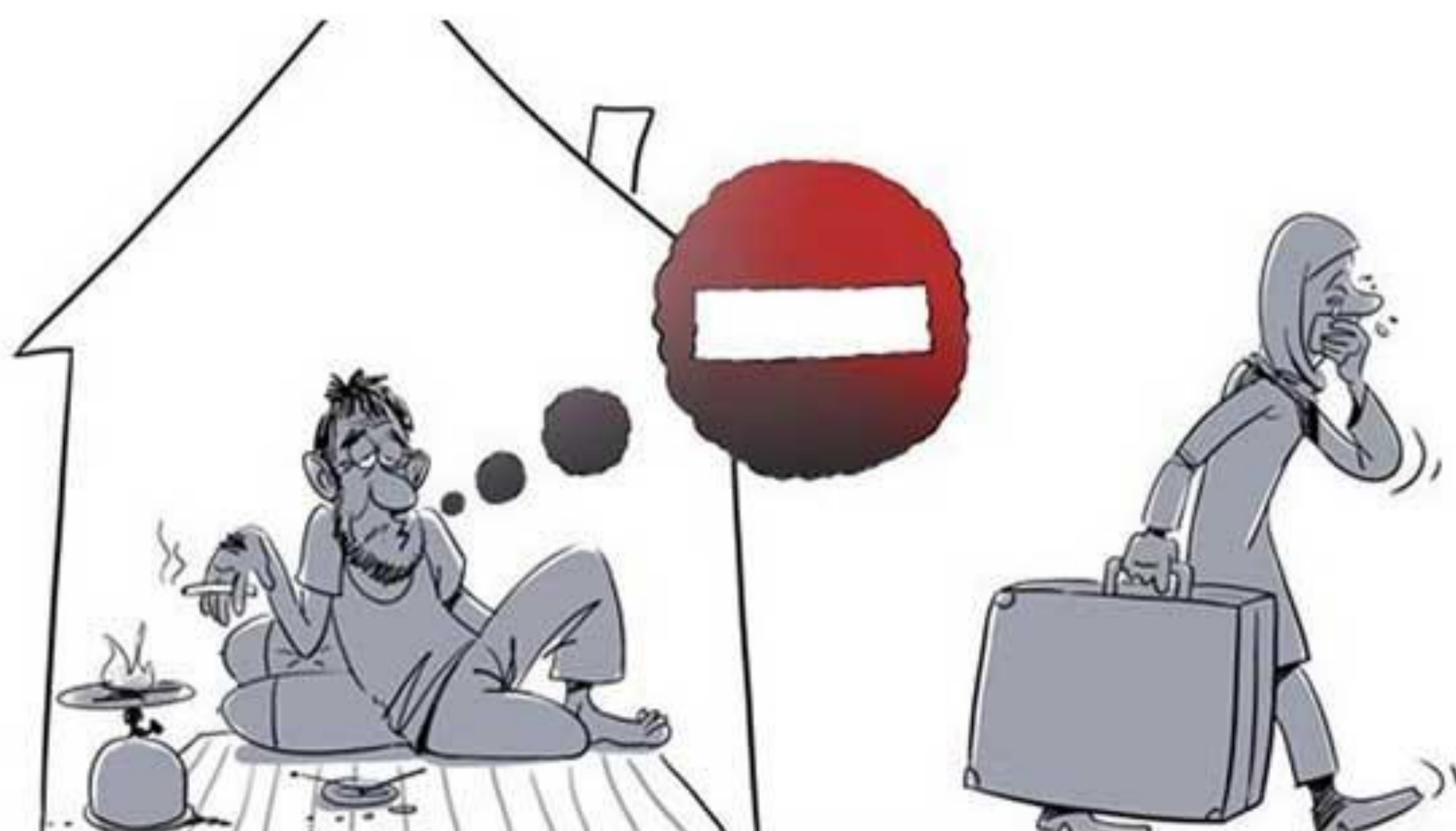
لعلیا حسینی
کارشناسی مددکاری اجتماعی

تأثیر جسمی مواد مخدر بر عملکرد جنسی

اتفاقی که بعد از مصرف مواد مخدری که خاصیت آرام بخش دارند می‌افتد، این است که **حساسیت بدن فرد بعد از مصرف کم می‌شود**. بالطبع حساسیت در ناحیه‌ی تناسلی نیز کم شده و همین امر، مشکل افرادی که دچار زود انزالی یا انزال زودرس هستند را حل می‌کند. در نگاه اول، مشکل این افراد با مصرف مواد مخدری نظیر تریاک حل می‌شود و زمان رابطه‌ی جنسی افزایش می‌یابد، ولی **به مرور زمان، بدن نسبت به ماده‌ی مصرفی، تحمل پیدا می‌کند**. به این معنا که دیگر همان میزان مصرف، تأثیرات دلفواه را برای فرد به وجود نفواهد آورد. در آخر، **میل جنسی فرد، کم شده و هیچ رغبتی به رابطه‌ی زناشویی نفواهد داشت**. در این صورت، اعتیاد بر روی عملکرد خانواده تأثیر گذاشته و حتی **ممکن است به طلاق ختم شود**.

به راستی تأثیر مواد مخدر بر روابط جنسی چیست؟ مواد اعتیادآور همچنان که بر سلامت جسمی و روانی اثر می‌گذارند، بر روابط زناشویی و جنسی نیز اثرات زیان‌باری دارند. بر فی افراد برای غلبه بر مشکلات عملکرد میل جنسی خود، روی به این مواد می‌آورند، غافل از اینکه با گذشت زمان نه تنها این مواد، **حلال مشکلات آنها نفواهد بود، بلکه فرد، آن پیزی که از قبل داشته است را نیز از دست نفواهد داد**.

تأثیر مصرف مواد مخدر بر رابطه‌ی جنسی و زناشویی را می‌توان به طور کلی از دو نظر تأثیر جسمی و روانی مورد بررسی قرار داد.



تأثیر روانی مواد مخدر بر عملکرد جنسی

برخی مواد غیر عادی ای افزایش دهند تا حدی که فرد دچار **پیش فعالی جنسی** شود. این مشکل خود منجر به بروز رفتارهای بسیار مخربی نظیر تجاوز، کودک آزاری از نوع جنسی، خودارضایی و ... خواهد شد.

چه موادی باعث تشدید اختلال جنسی

می شوند؟

سیگار: سیگار کشیدن از جمله عواملی است که در بروز مشکلات جنسی نقش دارد. بعضی افراد فکر می کنند کشیدن سیگار قبل از رابطه‌ی زناشویی باعث بالا رفتن توان جنسی می شود ولی نیکوتین موجود در سیگار درست برعکس عمل می کند. نعوظ قوی به باز شدن کامل عروق نیاز دارد ولی سیگار باعث انقباض عروق خواهد شد.

تریاک و شیره‌ی تریاک: تریاک و شیره‌ی تریاک از جمله مواد مخدری هستند که سبب بروز مشکلات و اختلالات جنسی می شوند. برخی مردان تصور می کنند تریاک و شیره‌ی تریاک مانع زودانزالی می شود و توان جنسی را بالا می برد. این باور غلط، یکی از دلایل گرایش برخی از مردان به تریاک و اعتیاد آنهاست.

روانگردان: از جمله موادی که باعث تشدید اختلالات جنسی می شوند، مواد روانگردان هستند. بعضی از مردان در مهمانی‌ها از داروهای روانگردان استفاده می کنند. از مهم ترین آنها قرص اکستازی و آمفتامین‌ها هستند. این داروها قاصیت توهم‌زا دارند و انرژی کاذب ایجاد می کنند. داروهای روانگردان علاوه بر اینکه ساختار شخصیتی را تفریب می کنند، باعث ناتوانی جنسی نیز می شوند.

ترامادول: ترامادول مس لاسه را پایین می آورد. مکانیسم مخدرها به صورت کاهش سطح هوشیاری و سطح فکری، کاهش موقت اضطراب و ایجاد احساس فووشی و آرامش کاذب است. ترامادول باعث اعتیاد و وابستگی می شود. این دارو ساختار شخصیتی فرد را تفریب می کند و میل جنسی را پایین می آورد.

الکل: الکل باعث کاهش سطح هوشیاری و کاهش مس لاسه می شود. الکل اثر معکوس روی میل و توان جنسی فرد دارد. همچنین تعادل هورمونی بدن را به هم می زند و باعث آسیب سلول‌های کبدی نیز می شود. علاوه بر حرمت شرعی الکل، از نظر علمی هم مصرف الکل برای تقویت میل جنسی اصلا توصیه نمی شود و به طور کلی **درمان اختلال‌های جنسی با استفاده از مواد مخدر در هیچ جای دنیا توصیه نمی شود.**

ماری جوانا: یکی دیگر از انواع مواد مخدری که صددرصد اثر سوء بر میل جنسی دارد، ماری جواناست. ماری جوانا در کوتاه مدت ایجاد احساس فووشی می کند ولی در درازمدت باعث کاهش تستوسترون، میل و توان جنسی می شود.



حال به بررسی اعتیاد در مسائل اجتماعی از جمله آزار جنسی و تجاوز می‌پردازیم.

یکی از آسیب‌هایی که اعتیاد به جامعه وارد کرده و می‌کند، ایبار زمینه برای بروز فحشونت‌ها و آزارهای جنسی است. **فردی که مواد مصرف می‌کند، هوشیاری خود را از دست می‌دهد.** براساس شواهد موجود، در سال‌های اخیر در کنار رشد سوء مصرف مواد مخدر، مفاسد اخلاقی‌ای همچون تجاوز به عنف، مزاحمت‌های ناموسی، روسپی‌گری آشکار و نهان در هوشی شهرها، زنان و دختران فراری، زورگیری، دین‌گریزی و اسلام‌ستیزی، تشکیل فانه‌های فحشا و ... بروز کرده و جزء تفلغات مبرمان محسوب شده است.

در مقابل، **زنانی که دچار اعتیاد هستند، بیشتر در معرض تجاوز قرار می‌گیرند و همچنین در فانه‌هایی که پدر معتاد وجود دارد، آمار کودک‌آزاری از نوع جنسی به ویژه از طرف ماهرشان را بیشتر می‌توان در آنها دید.**

مواد مخدر قابلیت استفاده از کلسترول را محدود می‌کند. کلسترول از واحدهای سافتاری هورمون‌هایی نظیر استروژن، تستوسترون و سایر هورمون‌های جنسی است. بدون شک مواد مخدر در تولید چنین هورمون‌هایی مداخله ایبار می‌کند. مواد مخدر علاوه بر تأثیر مستقیمی که روی هورمون‌های جنسی و اندام‌های بدن دارد، بدون شک بر روابط جنسی هم تأثیر می‌گذارد و نکته‌ی مهم این است که **افراد که ترک می‌کنند، سال‌ها بعد از آن هم با مشکلات جنسی دست و پنجه نرم می‌کنند.**

فردی که قبل و یا در ابتدای اعتیاد با فرد دیگری روابط جنسی برقرار کند، ممکن است با مشکل در رابطه‌ی جنسی مواجه شود. **اعتیاد می‌تواند اولویت‌های فرد را تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها را در مقایسه با مواد مخدر کم‌رنگ‌تر کند.** در نتیجه، فرد معتاد ممکن است با فرد دیگری به غیر از همسر خود ارتباط جنسی برقرار کند و این گونه فیانت و تجاوز رخ می‌دهد. گاهی اوقات، فرد معتاد از این رابطه می‌تواند به عنوان ابزاری برای تهیه‌ی مواد مخدر استفاده کند. بنابراین ممکن است فرد معتاد با یک فرد معتاد دیگر و یا فردی که هنگام استعمال مواد او را ملاقات کرده، رابطه برقرار کند. معمولاً وقتی فردی تحت تأثیر اعتیاد است، قضاوت‌های او به مفاطره اختاره و تصمیم‌گیری‌هایش همیشه صحیح و منطقی نیستند. این حالت، نتیجه‌ی عقل و شعور ضعیف است که موجب می‌شود **افراد معتاد چیزهای مورد علاقه‌ی خود را از خود دور کنند.** بی‌بند و باری جنسی ناشی از اعتیاد می‌تواند موجب اتمام روابط جنسی شود.

طبق تحقیقات، احتمال افزایش اختلال نعوظ و همچنین طولانی شدن ارگاسم در مردانی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند افزایش یافته است. روابط جنسی مختلف فرد معتاد، باعث ایبار عفونت‌هایی به خصوص در زنان می‌شود. مصرف مواد مخدر باعث اختلال جنسی می‌شود. نوشیدن زیاد الکل ممکن است فیزی واژن و همچنین توانایی ارگاسم را کاهش دهد. بیماری‌های مقاربتی ناشی از رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد مخدر ممکن است تمایل جنسی فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

و در آفر، زنانی که الکل و سایر مواد مخدر از جمله هروئین، کوکائین و ماری جوانا مصرف می‌کنند، جنین و کودکان خود را بیشتر در معرض آسیب قرار می‌دهند. **مواد مخدر و الکل از طریق بفت به راحتی به جنین منتقل می‌شود** و موجب افزایش احتمال بروز مشکلاتی مانند وزن کم در حین تولد، نقص‌های مادرزادی، تغییر در ویژگی‌های فیزیکی، تولد زودرس، سندروم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS) می‌شود. **احتمال زایمان نوزاد مرده در زنانی که مواد مخدر غیر مجاز مصرف می‌کنند، دو برابر بیشتر است.**

می‌توان نتیجه گرفت که مواد مخدر، تأثیرات به شدت مخربی بر زندگی انسان‌ها می‌گذارد و باعث برهم خوردن ادامه‌ی نسل و زندگی‌های زناشویی می‌شود.



زندگی معتادان چگونه می‌گذرد؟



لعلیا حسینی
کارشناسی مداخله‌گری اجتماعی

ما در کشوری زندگی می‌کنیم که دو کشور تولید کننده‌ی مواد که پاکستان و افغانستان هستند، در کنار ما قرار دارند و به خاطر معاهدات ملی داریم مبارزه می‌کنیم.

سن اعتیاد پایین‌تر آمده است. نوع مواد از سنتی به صنعتی تغییر پیدا کرده و گل و تریاک مصرف بیشتری دارند. نوجوانان و جوانان هم بیشتر درگیر این موضوع هستند. هم بر اساس شیوع‌شناسی، در سال ۱۳۸۶ کمتر در حوزه‌ی زنان از ۶ درصد، در سال ۱۳۹۰ کمتر از ۱۰ درصد و اکنون بالای ۱۴ درصد است. در جامعه‌ی کارگری هم ۲۱ درصد، درگیر این موضوع هستند.

اعتیاد به دلیل تأثیری که بر سایر جرایم دارد، یک بهران اجتماعی است. حدود ۵۰ درصد زندانیان ما به طور مستقیم به واسطه‌ی مواد مخدر و ۲۰ درصد به خاطر ارتکاب قتل و یا سایر جرایم و آسیب‌ها در حوزه‌ی مواد مخدر در زندان هستند.

در پی گسترش آسیب‌های اجتماعی و به خصوص اعتیاد در کشور، مصاحبه‌ای در این باب با رئیس انجمن مداخله‌گری اجتماعی ایران، آقای دکتر موسوی پلگ ترتیب دادیم. ضمن تشکر از دکتر موسوی پلگ به خاطر وقتی که در اختیار ما قرار دادند.

لطفا ابتدا به طور مختصر درباره‌ی وضعیت کنونی معتادان توضیح دهید.

اعتیاد یکی از موضوعات جدی در کشور ماست و تقریباً در حوزه‌ی آسیب‌های اجتماعی در اولویت قرار دارد. طبق آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، حدود ۴ میلیون نفر درگیر حوزه‌ی اعتیاد هستند که حدود ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر به طور دائمی مصرف می‌کنند و مابقی به طور تفننی (البته بنده هیچ اعتقادی به تفننی مصرف کردن مواد ندارم، چون به مرور زمان، حاصله‌ی بین زمان مصرف، کاهش و مصرف مواد افزایش پیدا می‌کند و نوع مواد، سنگین‌تر می‌شود).



بیماری کرونا چه تاثیری روی این گروه‌ها داشته است؟

وقتی بهرانی اتفاق می‌افتد، به صورت‌های متفاوت و بر گروه‌های متفاوت تأثیر می‌گذارد. بالطبع در این دوران با توجه به راه پیشگیری از این بیماری که رعایت بهداشت فردی و محیط است، **حتی قبل از این بیماری هم این گروه‌ها، بهداشت فردی و محیط نامناسبی داشتند.** بالطبع دسترسی به اطلاق و خدمات بهداشتی درمانی کمتر است. ابتدا می‌گفتند که به بیماری مبتلا نمی‌شوند، ولی در حال حاضر هیچ گروهی از این ویروس در امان نیست.

چه خدماتی برای این گروه‌ها در نظر گرفته شده است؟

خدماتی که به این گروه‌ها داده می‌شود، خدمات مختلفی است. مراکز دولتی و خصوصی، کمپ‌ها، شلتر، **TC**، درمان سرپایی، کلینیک‌های درمان سرپایی، کلینیک‌های مثلثی که برای ایدز و هپاتیت است که متادون می‌دهند. برای معتردان متباهر طبق ماده‌ی ۱۶، مراکزی خاص وجود دارد. خدمات مختلفی از جمله خدمات بهداشتی، حمایت‌های روحی و روانی و درمان انجام می‌شود.

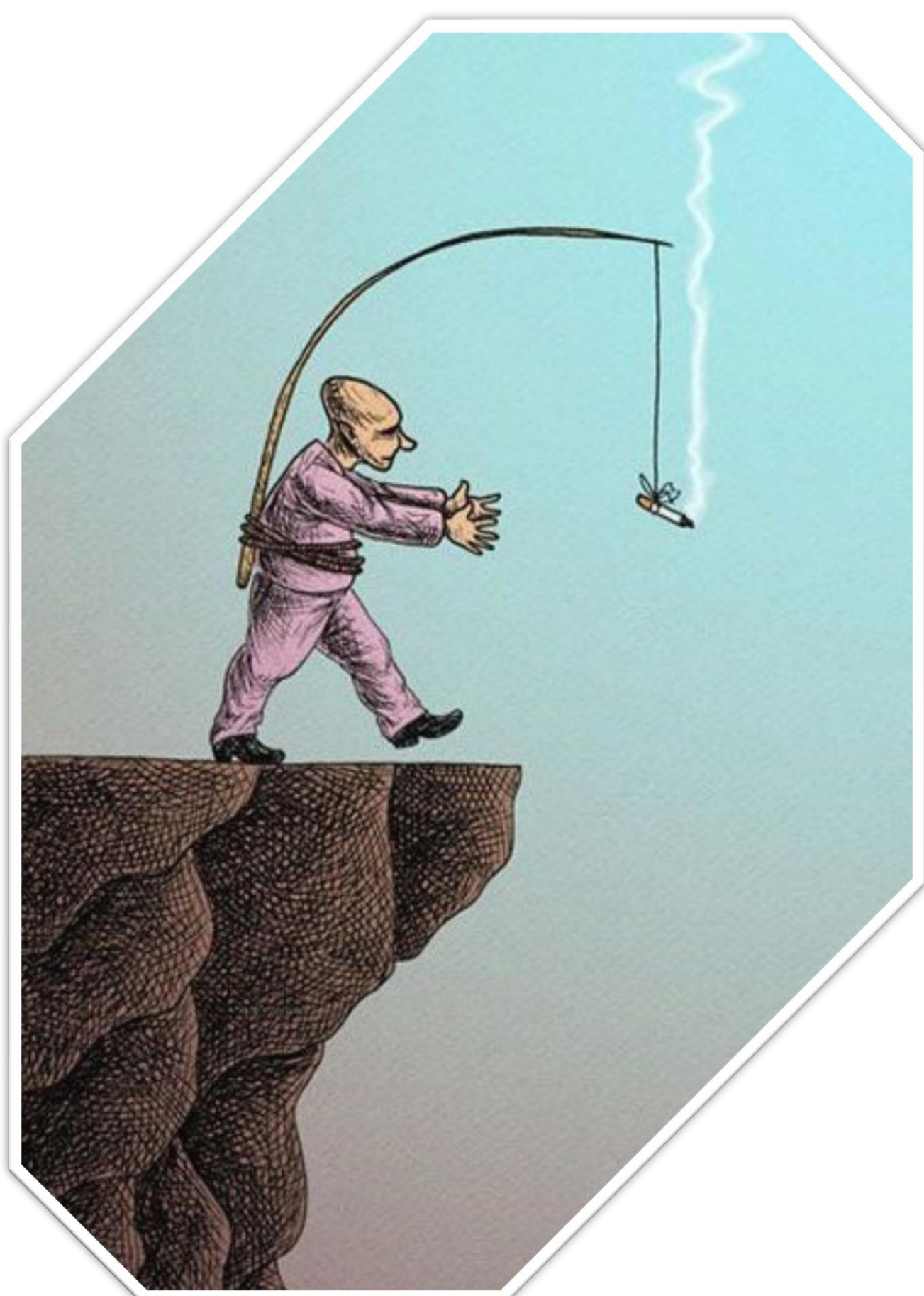
تقریباً ایران جزو کشورهایی است که خدماتش در حوزه‌ی مواد مخور متنوع است، لذا گروه‌های مختلف می‌توانند از آن استفاده کنند، از جمله مردان و زنان و چند سالی است که **مراکزی برای درمان کودکان** هم تأسیس شده و حمایت‌های روانی و اجتماعی به آنها داده می‌شود و در ایام کرونایی سعی شد که اطلاق بهداشتی و خدمات قرنطینه به آنها داده شود.

مردکاران اجتماعی در این هیطه چه نقشی دارند؟

مردکاران اجتماعی در حوزه‌ی اعتبار وظایف متعددی دارند. به طور عمومی **در سه سطح پیشگیری، فعالیت‌های بسیاری دارند.** مردکاران باید شناخت کافی از مسائلی همچون مواد مخور، تأثیرات آنها، عوامل کاهش آن و ... داشته باشند و منابع مربوطه را بشناسند و با آنها تعامل داشته باشند، در صورت نیاز به مراکز دیگر ارجاع دهند و مشکلات و نیازها را شناسایی کنند تا بتوانند با کمک تیم متخصص، آن‌ها را رفع کنند.

از تدابیر اورژانس اجتماعی در این زمینه بگویید.

اورژانس اجتماعی به معتردان خدمات نمی‌دهد، اما اگر کسی با ۱۲۳ تماس بگیرد، آن‌ها ارجاع می‌دهند. لذا اگر با ۰۹۶۲۸ تماس بگیرند، **خدمات تخصصی دریافت می‌کنند.**





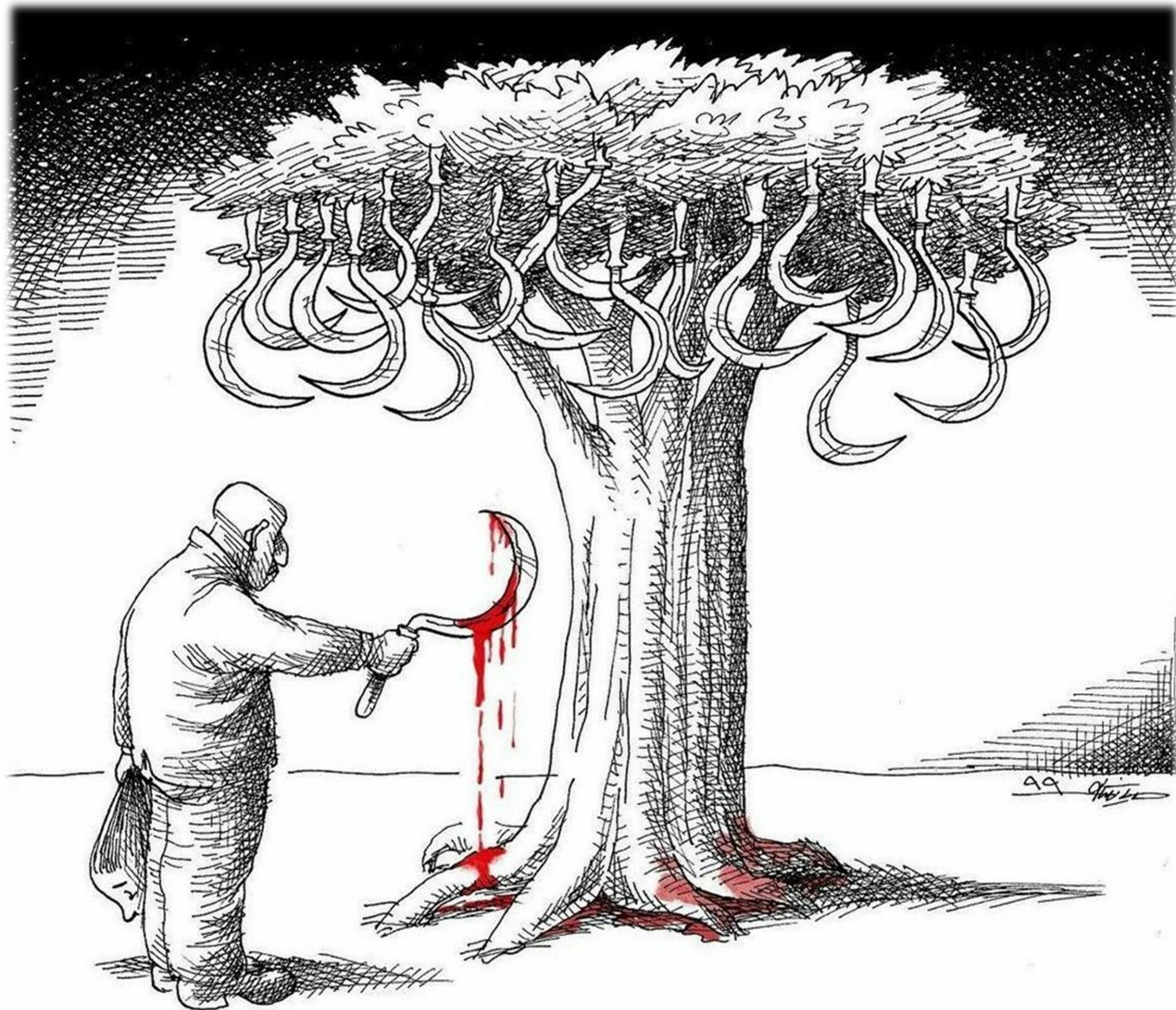
آینده‌ی معتردان را چگونه پیش بینی می‌کنید؟
واقعیت این است که با وجود تمام فعالیت‌هایی که کرده‌ایم، به دلیل سود اقتصادی بالایی که دارد، مافیای مواد مخدر از آن دست نخواهند کشید. مواد مخدر و تأثیرات مخرب آن چه در حوزه‌ی امنیت، چه در حوزه‌ی خانواده و چه در حوزه‌ی انتظامی با ما خواهد بود و باید بتوان گسترش آن را بدهیم و گسترش آن در آسیب‌های اجتماعی دیگر تأثیر منفی خود را می‌گذارد. در فوش‌بینانه‌ترین حالت که همه‌ی شرایط مناسب باشد، فقط ۲۰ درصد به درمان قطعی می‌رسند و آنهایی که فرایند درمان را طی می‌کنند، تا ۱۰ درصدشان دوباره به پرفه‌ی مصرف مواد بر می‌گردند.



قتل های ناموسی و پرفه‌ی بی‌انتهای سنت‌های غلط!



سمانه Hasseli
کارشناسی مددکاری اجتماعی



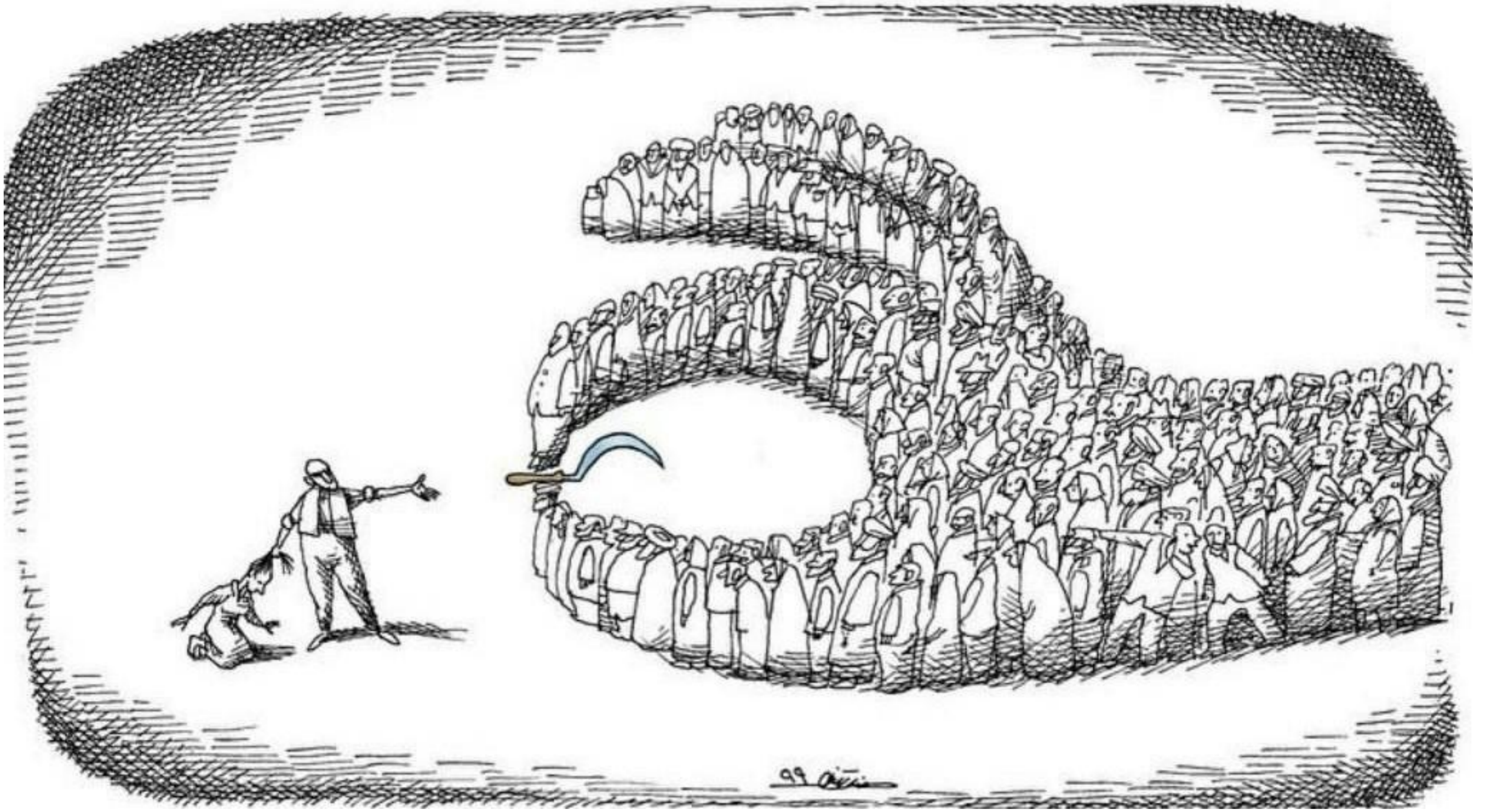
چرا فرار؟

به طور قطع، **تربیت خانوادگی** از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری شفهِیت و رفتارهای فردی و اجتماعی است. **آزادی پیش از اندازه** به همان اندازه شفهِیت انسان را آسیب‌پذیر می‌کند که **محدودیت زیاد**. آزادی بیش از اندازه، جرئت انجام هر عمل را چه درست و چه نادرست به فرزند خانواده می‌دهد. از طرفی محدودیت زیاد، پنهان‌کاری و حس ناامنی در خانه را برای فرزند خانواده تداعی کرده و **موجبات فرار از خانه** را فراهم می‌آورد.

دیگر نکته‌ای که می‌توان بدان اشاره کرد، **فشونت‌های خانگی** هستند. فشار روی-روانی ناشی از فشونت‌های جسمی، روانی یا حتی جنسی می‌تواند اصلی‌ترین مقدمه‌ی فرار از منزل را به هر قیمتی فراهم آورد. **ضعف‌های احساسی و روانی در دوران بلوغ** هم می‌تواند از دیگر عوامل کشش به سمت ارتباطات غلط و گام نهادن در راهی غلط‌تر باشد.

افبار دلفراش این روزها، ازهان بسیاری از مردم را مغشوش کرده و آرامش را از ایشان دریغ می‌دارد. از جمله‌ی این افبار، **"قتل دختر بچه‌ی ۱۳ ساله به دست پدر و به وسیله‌ی داس!"** است. مرگ رومینای ۱۳ ساله پنهان عواطف عمومی را بریده‌دار کرده که در بعضی موارد باعث **قضاوت‌های نادرست** می‌شود؛ حال آنکه پدر و داس، تنها قاتلان رومینا نبوده‌اند.

در این نوشتار، **شرکای جرم پدر رومینا** و علل وقوع چنین فاجعه‌ای در منزل که امن‌ترین سرپناه آدمی است و به دست پدر که بزرگ‌ترین تکیه‌گاه فرزند است را بررسی می‌کنیم.



چه چیز، یک پدر را به قتل جگرگوشه‌اش تشویق می‌کند؟!

عوامل زیادی می‌تواند در این امر دخیل باشد. در واقع، می‌توان این مسئله را مجموعه‌ای از عوامل دانست از جمله:

عوامل روانی: اختلالات روانی، فشار روانی ناشی از شرایط به وجود آمده و بار منفی روانی دریاختی از اطرافیان که برای هر شخص واکنش‌های متفاوتی را به همراه دارد و همچنین جنون آبی را می‌توان از جمله عوامل روانی تصمیم پدر دانست.

عوامل اجتماعی: اعتیاد از مسائل اجتماعی مهمی است که جرائم و فحشونت‌های زیادی را به بار می‌آورد. مصرف مواد مخدر، از خود بی‌خود شدن فرد و به بار آمدن مشکلات زیادی را به همراه دارد. همچنین **نابرابری‌های جنسیتی** و **دیدگاه مردسالارانه‌ی جامعه** که والد مذکر خانواده را مالک تام‌الافتیاد فرزندان برمی‌شمرد، چرنت‌مندی فرد را برای اعمال هرگونه فحشونت علیه فرزندان بالا می‌برد.

فرهنگ، قاتل پنهان رومینا!

فرهنگ سنتی **جوامع جوان سومی**، مبتنی بر افکار **مردم مهر است!** اهمیت تفکر مردم، حفظ آبرو و غیرت‌مندی کاذب، از جمله زیرسافت‌های غلط فرهنگ ایرانی است که ریشه‌های مستکم آن، سالیان متمادی در افکار عمومی ریشه دوانده است. خانواده‌ی ایرانی مدت‌هاست به خاطر رضایت مردم دست به تظاهر می‌زند! پیش از نهیب و جبران می‌توان در عمل افراد، **"مردم پی می‌گن"** را مشاهده کرد! شاید بتوان علت اصلی بسیاری از قتل‌های ناموسی را بن‌مایه‌ی سست فرهنگی دانست!

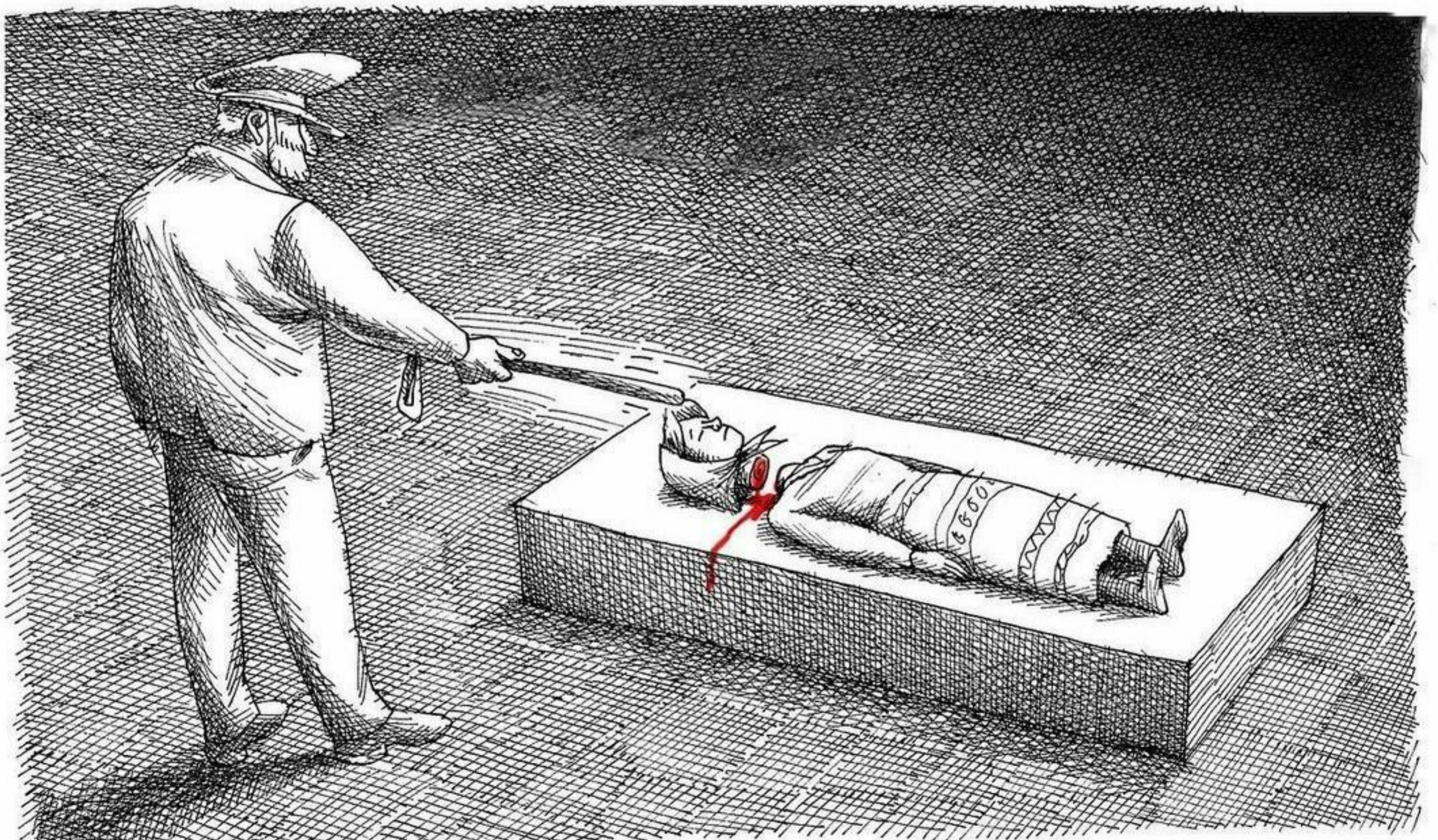
اصطلاحاً غیرت!

تعریف واژه‌ی غیرت یا شاید هم تفکر از پایه غلط ناموس پرستی، مسئله‌ای غیر قابل انکار است. تفهیم غلطی که اجتماع از مضمون غیرت به خود مردم می‌دهد، آنها را به انجام اعمال شنیع در قالب غیرت‌مندی وا می‌دارد. اما این به اصطلاح غیرت، چیزی جز قساوت قلب در حکم و مجازات و ظن و بدگمانی‌های بیهوده با خود به همراه نمی‌آورد.

قاتل دوم رومینا

نباید از نقش نفر سوم تراژدی رومینا غافل شد! مردی با اختلاف سنی حداقل ۱۵ سال، دفتر بپه‌ی ۱۳ ساله‌ای را همراه خود می‌برد و فرار می‌کند؛ چه نقشی در قتل رومینا دارد؟!

شاید اختلالات روانی یا جنسی و سوء استفاده یا کمبودهای عاطفی و شاید هم آگاهی به دیدگاه غلط جامعه که "هر چه بشود، این دفتر، مبرم و متوم شناخته خواهد شد" بتوانند محرک‌های فوبی برای اقدام به چنین کاری باشند که البته هر چه باشد، از پررنگی نقش او در این فاجعه نمی‌کاهد! اقدام یک مرد بالغ به فرار، آن هم با دفتری که مشغلاً تکامل و بلوغ فکری را هنوز پشت سر گذاشته، بار اتهام وی را دو چندان می‌کند. (نویسنده‌ی این متن از بیان توجیه و ادله برای حرکت غلط این شخص و اقدام غیر معقول وی عاجز است و نمی‌تواند بی‌طرف در این باره نظر دهد!)



رومینا تکرار می‌شود...

تا زمانی که مردانی هستند که از زیر بار خطایشان شانه خالی کنند و دختران را به عنوان فاطمی اصلی به مسلخ بکشاند و قربانی کنند، این پرفه، پایان ناپذیر خواهد بود.

اصلاح فرهنگ و قوانین و اختصاص نهادهایی به حمایت از حقوق کودکان و فرزندان برای آنکه خانواده‌ها بدانند در قبال تربیت فرزندانشان مسئول‌اند و مالک جان آنها نیستند، می‌تواند قدمی بزرگ در مسیر پیشگیری از امتداد این زنجیره‌ی سیاه باشد.

بسیاری از قتل‌های ناموسی برای همیشه در پشت پرده‌ی مملات و خانواده‌هایی باقی می‌ماند که برای انجام این عمل به خودشان افتخار می‌کنند و **قاتل** را **قهرمان** قلمداد می‌کنند و هیچ شکایتی برای گرفتن جان یک انسان به هیچ محکمه‌ای نمی‌برند. در سایه‌ی **قوانینی که حامی پدران قاتل** است و برادران و همسرانی که مرتکب قتل نفس شده‌اند را به دلیل نبود شکایت به حال خود رها می‌کند و همچنین با **پشتیبانی افکار نخ‌نمایی که قتل ناموسی را مشروع می‌دانند**، بی‌شک داستان رومینا به اشکال گوناگون و حتی فجیع‌تری ادامه می‌یابد.



سفن پایانی

در بررسی تاریخ، افراد زیادی را می‌توان یافت که با مسائل مربوط به مواد مفرد دست به‌گیریان بوده‌اند. مسائل مربوط به مواد مفرد تازگی نداشته و اثرات آن نیز همواره در سرنوشت ملتها و اقوام قابل جستجو است. اما در زمان ما، مسئله مواد مفرد شکل مفاطره آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به‌خود گرفته و گسترش دامنه اعتبار در میان جوانان در جامعه ایران به‌ویژه در سالهای اخیر یکی از جدی‌ترین آسیب‌های اجتماعی به‌شمار می‌رود. آمارها و شواهد موجود در زمینه اعتبار به مواد مفرد نشان‌دهنده‌ی معضل اعتبار و سوء مصرف در ایران، بخصوص در بین جوانان است؛ بطوری‌که از یک سو افزایش روزافزون شمار معتادان مسئله اعتبار را در کشور به یک بحران ملی تبدیل نموده است و از سوی دیگر آنچه توجه برانگیز و بسیار تلکان‌دهنده جلوه می‌کند پایین آمدن میانگین سن اعتبار و افزایش گرایش نوجوانان و جوانان به مواد اعتیادآور و گسترش جهانی آن است. بنابراین اعتبار به عنوان یک آسیب و معضل اجتماعی بهداشتی اقتصادی و فرهنگی با پیچیدگی‌های خاص خود میتواند حاکمیت ملی امنیت و استقلال کشور ما را تحت تاثیر قرار دهد. توجه به آمارها نشانگر این است که اعتبار یکی از مسائل و معضلات اجتماعی است که در به‌فطر انداختن سلامت فرد، خانواده و مخصوصاً سلامت جامعه نقش موثر دارد پس بدین خاطر است که باید اهمیت ویژه‌ای به آن داده شود و هم در سطح نظری در مقام پژوهش و نیز در سطح عملی به وسیله مددکاران و... دست در دست هم داده و برای کاهش این پدیده شوم اعتبار، کوشش شود.

(زهرا فرداویسی کارشناسی مددکاری اجتماعی)

از اینکه تا اینجای کار در کنارمان بودید، صمیمانه سپاسگزاریم و به پاس این همراهی، این نوید را به شما میدهیم که در صورت تمایل به اشتراک گذاشتن نوشته ها و دغدغه هایتان می توانید از طریق راه های زیر با ما در ارتباط باشید تا آن ها را در فصل نامه های مددکاری اجتماعی دانشگاه خوارزمی تهران با علاقه مندان به اشتراک بگذاریم. در ضمن منتظر پیشنهادات و انتقادات سازنده شما نیز هستیم.

فدایار و یاورتان

khu.socialwork@gmail.com
[khu_socialworking](https://www.instagram.com/khu_socialworking)
[kh_socialwork](https://www.facebook.com/kh_socialwork)

آدرس ایمیل:
نشانی اینستاگرام:
کانال تلگرام:



**STAY
HOME**